Régime local

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

(Mention : Médecine)

Année 1923 N° 10

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES SERVICES D'HYGIÈNE

ET DE PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE EN ALSACE ET EN LORRAINE

EN COMPARAISON AVEC LES LOIS FRANÇAISES ACTUELLES ET LE PROJET DE RÉVISION DE LA LOI DU 15 FÉVRIER 1902.

THÈSE

présentée pour le Doctorat en Médecine

par

RAYMOND HOLTZMANN

Né à Strasbourg le 24 novembre 1898.

Président : M. BORREL, Professeur.

1923

Editions

de *STRASBOURG-MÉDICAL*

Foyer Universitaire : 1, place de l'Université,

STRASBOURG.

Régime local

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

(Mention : Médecine)

Année 1923 N° 10

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES SERVICES D'HYGIÈNE

ET DE PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE EN ALSACE ET EN LORRAINE

EN COMPARAISON AVEC LES LOIS FRANÇAISES ACTUELLES ET LE PROJET DE RÉVISION DE LA LOI DU 15 FÉVRIER 1902.

THÈSE

présentée pour le Doctorat en Médecine

par

RAYMOND HOLTZMANN

Né à Strasbourg le 24 novembre 1898.

Président : M. BORREL, Professeur.

1923.

Editions

de *STRASBOURG-MÉDICAL*

Foyer Universitaire : 1, place de l'Université,

STRASBOURG.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur BORREL

Professenr d'Hygiène et Bactériologie
à la Faculté de Médecine de Strasbourg,

Directeur de l'Institut d'Hygiène et Bactériologie
de Strasbourg,

Professeur à l'Institut Pasteur de Paris

qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

VAUCHER

Chargé de Cours à la Faculté de Médecine de Strasbourg

SCHMUTZ

Directeur départemental des Services d'Hygiène du Bas-Rhin

en témoignage de reconnaissance.

A MES PARENTS

hommage d'affection.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

Doyen	MM.	WEISS O. ✻ ◐ I.
Assesseur		CHAVIGNY O. ✻ ◐ I

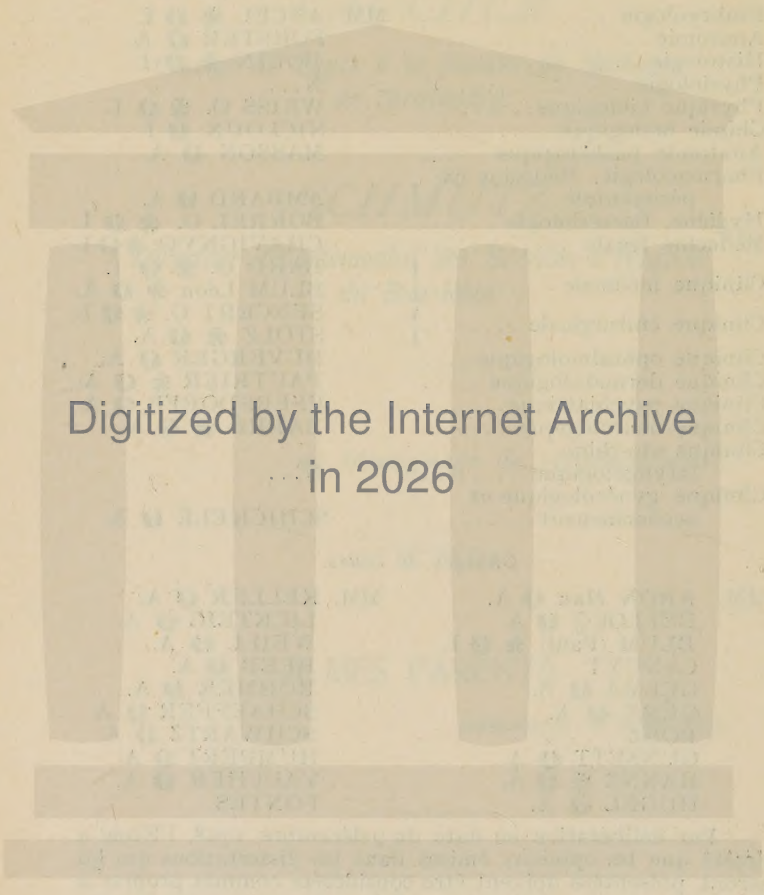
Professeurs

Embryologie	MM.	ANCEL ✻ ◐ I.
Anatomie		FORSTER ◐ A.
Histologie		BOUIN ✻ ◐ I.
Physiologie		N...
Physique biologique		WEISS O. ✻ ◐ I.
Chimie biologique		NICLOUX ◐ I.
Anatomie pathologique		MASSON ◐ A.
Pharmacologie, Médecine expérimentale		AMBARD ◐ A.
Hygiène, Bactériologie		BORREL O. ✻ ◐ I.
Médecine légale		CHAVIGNY O. ✻ ◐ I.
Clinique médicale		BARD O. ✻ ◐ I. BLUM Léon ✻ ◐ A.
Clinique chirurgicale		SENCERT O. ✻ ◐ I. STOLZ ✻ ◐ A.
Clinique ophtalmologique		DUVERGER ◐ A.
Clinique dermatologique		PAUTRIER ✻ ◐ A.
Clinique psychiatrique		PFERSDORFF ◐ A.
Clinique neurologique		BARRÉ ✻ ◐ A.
Clinique oto-rhino-laryngologique		N...
Clinique gynécologique et accouchement		SCHICKELÉ ◐ A.

Chargés de cours.

MM.	ARON Max ◐ A.	MM.	KELLER ◐ A.
	BELLOCQ ◐ A.		LICKTEIG ◐ A.
	BLUM (Paul) ✻ ◐ I.		WEILL ◐ A.
	CANUYT		REEB ◐ A.
	GELMA ◐ A.		ROHMER ◐ A.
	GÉRY ◐ A.		SCHAEFFER ◐ A.
	BOEZ		SCHWARTZ ◐ A.
	GUNSETT ◐ A.		HUMBERT ◐ A.
	HANNS ✻ ◐ A.		VAUCHER ◐ A.
	HUGEL ◐ A.		FONTES

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548024_0007

Au point de vue de l'hygiène la France est, il faut l'avouer, encore bien en retard. La question de la révision de la loi du 15 février 1902 qui forme la base du service administratif de l'hygiène en France étant à l'ordre du jour, il est intéressant de comparer l'organisation des services d'hygiène en Alsace et en Lorraine telle qu'elle fonctionnait à l'armistice et en grande partie encore actuellement, avec l'organisation que nous trouvons dans le reste de la France et de faire ressortir les différences, avantages et inconvénients de chaque côté. A la suite nous examinerons le projet de révision de la loi de 1902 et nous verrons qu'il se rapproche sensiblement du système en vigueur dans nos trois départements recouvrés. Commençons par l'organisation en Alsace et en Lorraine.

L'organisation administrative des services d'hygiène et de protection de la santé publique dépendait de la Direction de l'intérieur qui jusqu'à l'armistice représentait une section du ministère d'Alsace-Lorraine qui a subsisté et fait actuellement partie des services du Commissariat Général. Cette organisation a été instituée en exécution de la loi du 30 décembre 1871 qui a réglé l'administration générale, et portait le nom de «Medicinal-Verwaltung» (Administration médicale). Ce service comportait la surveillance et la direction du service médical, les affaires de police sanitaire et l'assistance médicale. D'après la loi de 1872, il y avait en Alsace-Lorraine un Oberpräsident, remplacé plus tard par le „Statthalter", qui avait sous ses ordres les différents sous-secrétaires d'Etat, dont l'un était le

chef de l'Intérieur. De ce dernier dépendait la direction des services d'hygiène.

Sous les ministères et dépendant d'eux, il y avait à la tête de chaque département un président (Bezirkspräsident) correspondant au préfet; à la tête de chaque arrondissement un directeur (Kreis-Director) correspondant au sous-préfet. Les services d'hygiène était organisés d'une façon analogue; à la direction de l'Intérieur se trouvait le Directeur Général de l'hygiène (Medicinalreferent), de qui dépendaient tous les fonctionnaires et tous les services d'hygiéne.

Pour le département le préfet avait à ses côtés un directeur départemental d'hygiène, le sous-préfet un médecin d'arrondissement (Kreis-Arzt.) Ces fonctionnaires formaient une hiérarchie d'hygiène, et tout en étant les conseillers techniques des chefs administratifs (sous-secrétaire d'Etat, préfet, sous-préfet) ne dépendaient pas directement d'eux, mais étaient des fonctionnaires d'Etat ressortissant du ministère.

A côté de ces hygiènistes, il y avait dans chaque département et dans chaque arrondissement des commissions sanitaires formant des conseils d'hygiène locaux (institués d'après l'ordonnance du 18 décembre 1848.)

Cette organisation a été maintenue dans ses grandes lignes sous le nom de „service d'hygiène et de protection de la santé publique" par le décret du 21 mars 1919, par la loi du 17 octobre 1919 sur le régime transitoire et par le décret du 25 novembre 1919. Ces services d'hygiène comportent toutes les questions médicales, les affaires sanitaires et d'hygiène. Les attributions peuvent être classées en six grandes catégories:

I. Surveillance de l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien,

sage-femme, surveillance des infirmiers et des désinfecteurs et des charlatans.

II. Commissions sanitaires.
III. Instituts et laboratoires.
IV. Hygiène publique.
V. Hygiène sociale, fléaux sociaux.
VI. Surveillance de l'état sanitaire ; statistiques.

Médecins d'arrondissement.

Dans cette organisation le médecin d'arrondissement joute le rôle le plus important. Jusqu'â l'armistice les médecins prétendant au poste de médecin d'arrondissement devaient subir un examen particulier en hygiène et bactériologie, médecine légale et administrative et psychiatrie. Cet examen a ètè abrogé par arrêté du commissaire général en 1922.

Le médecin d'arrondissement est nommé par le Commissaire général sur la proposition du Directeur de l'Intérieur, qui lui-même a entendu l'avis d'une commission technique. Le médecin d'arrondissement est directement subordonné au préfet ; il est surtout le conseiller technique du sous-préfet. Il surveille l'état sanitaire de la population ainsi que l'exécution des lois et des prescriptions se rapportant à la santé publique. Il est membre de droit du conseil d'hygiène. En particulier voilà ses attributions :

Il a la surveillance du personnel sanitaire ; il reçoit les déclarations des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femes qui sont tenus de lui soumettre leurs titres et diplômes avant de s'établir dans l'arrondissement. Il s'occupe des hôpitaux, hospices, asiles qui sont réguliérement inspectés ; il inspecte également les installations publiques d'eau potable ; il surveille l'évacuation des matières usées, les eaux des fabriques. Il surveille les pharmacies, drogueries et tous les dépôts de médicaments et

poisons. Chaque médecin est obligé de déclarer au médecin d'arrondissement les cas de maladies contagieuses. Celui-ci prend les mesures nécessaires, surveille le service de désinfection. Il doit s'occuper du service des vaccinations publiques et dresser un rapport sur les vaccinations dans son arrondissement; il doit donner son avis sur les projets de construction d'une école publique; il en réclame la fermeture en cas d'épidemie. Il a en main le contrôle du service funéraire; il donne son avis sur les établissements de nouveaux cimetières. Il donne les certificats pour les exhumations et les transports de corps. En outre le médecin d'arrondissement doit faire régulièrement des rapports sur l'état sanitaire et le résultat de ses inspections; il doit faire la statistique des maladies contagieuses.

Le Directeur départemental d'hygiène est le Directeur conseiller technique du préfet. Il surveille le service départemental d'hygiène des médecins d'arrondissement, réunit leurs rapports pour le département. Il intervient en cas de grande épidémie; en outre le directeur départemental est consulté sur toutes les questions de l'hygiène, de médecine légale, de psychiatrie et d'administration médicale.

Le Directeur Général à Strasbourg est le conseiller du Commissaire Général; il dirige tout le service d'hygiène et d'assistance médicale en Alsace et en Lorraine, et c'est lui qui est chargé de la surveillance des médecins hygiénistes.

A coté de ces fonctionnaires il y a encore les Instituts d'Hygiène et de Bactériologie de Strasbourg et de Metz, desquels nous aurons l'occasion de parler plus tard.

Reprenons maintenant les différentes attributions de ces services d'hygiène.

I.

SURVEILLANCE DES MÉDECINS, CHIRURGIENS-DENTISTES, PHARMACIENS, SAGES-FEMMES, PERSONEL INFIRMIER ET DÉSINFECTEURS.

Tandis que sous l'ancien régime la direction d'hygiène contrôlait les études, les stages et les examens et délivrait les diplômes, ces fonctions sont passées à la Faculté de Médecine et à la Direction de l'Instruction publique et il n'est resté à la Direction d'hygiène que le controle de l'exercice de la médecine.

Médecins.

La loi française du 30 XI. 1892 sur l'exercice de la médecine a été introduite dans les trois départements du Bas-Rhin, Haut-Rhin et de la Moselle par décret du 5 juillet 1922. Jusqu'à ce moment la loi allemande était en vigueur, d'après laquelle l'exercice de la médecine était libre. Le paragraphe 29 du code industriel exigeait seulement une autorisation («approbation») pour l'attribution du titre «médecin» ou d'autres titres analogues. Pour obtenir l'autorisation il fallait cinq années d'études médicales à une Université et avoir passé deux examens (examen préparatoire et examen d'État) et ensuite avoir fait un stage pratique d'une année dans certains hôpitaux. Chaque médecin autorisé était obligé en vertu des ordonnances préfectorales de 1911, dans la quinzaine qui précède son entrée en exercice, de faire la déclaration de son domicile au médecin d'arrondissement. Cette obligation a été maintenue après l'introduction de la loi de 1892 et s'ajoute aux déclarations exigées par l'article 10 de la loi de 1892.

Il faut encore faire mention de la chambre des médecins qui a été instituée par ordonnance

du 13. VI. 1898 et qui s'occupait de toutes les questions professionnelles et médicales. Elle n'a jamais joué un grand rôle et depuis l'armistice elle a cessé de fonctionner.

Dentistes.

Parallèlement aux médecins les chirurgiens-dentistes appelés «Zahnarzt» (médecin-dentiste) étaient soumis à un régime analogue. Comme les médecins ils étaient obligés d'obtenir une autorisation (approbation) délivrée par le ministère (services d'hygiène) conformément à l'article 26 du code industriel, après des études très sérieuses à une Université. Il fallait deux années de scolarité universitaire et deux années de stage pratique. (ordonnance du 15. III. 1909).

A côté de ces dentistes pourvus d'un dipiôme d'État et d'une valeur professionnelle incontestable, il y avait une catégorie de praticiens sans diplôme qui, profitant de la législation laissant l'exercice de la médecine libre, s'installaient après un apprentissage plus ou moins sérieux et exerçaient l'art dentaire. (Zahntechniker.)

Parmi ces derniers il y avait à coté de praticiens très capables des éléments dépourvus de toute valeur professionnelle.

Cet état de choses a été modifié par l'arrêté de 24 sept 1919 sur l'exercice de l'art dentaire en Alsace et en Lorraine. Cet arrêté supprime la possibilité d'exercer l'art dentaire pour toutes les personnes ne possédant par l'un des diplômes suivants: 1. docteur en médecine. 2. médecin (diplôme d'approbation) 3. chirurgien-dentiste. 4. dentiste diplômé (Zahnarzt). Toutefois il prévoit des mesures de transition en faveur des techniciens dentistes qui étaient en exercice ou qui avaient commencé leur apprentissage avant le 11 novembre 1918.

Sages-Femmes

Le même code industriel déjà cité réglait aussi la situation des sages-femmes; mais non leurs études. Ces dernières se faisaient aux trois écoles départementales de Strasbourg, Colmar et Metz et avaient une durée de neuf mois. Les diplômes étaient délivrés par le préfet après un examen de fin d'études devant un jury nommé par le ministère (services d'hygiène). Ce diplôme n'était valable que pour l'Alsace-Lorraine. Depuis l'armistice la situation des sages-femmes a été réglée par le décret du 24 février 1921 portant introduction dans les départements du Bas-Rhin, Haut-Rhin et de la Moselle de la loi du 5. VII. 1916 relative au diplôme des sages-femmes et du décret du 9. I. 1917 relatif au régime d'études des sages-femmes. D'après ce décret les études durent deux ans; elles sont sous la surveillance de la Faculté de Médecine et les deux examens de fin d'années se font devant un jury nommé par la Faculté. Le nouveau décret uniformise le régime d'études, supprime les diplômes de sages-femmes de 2ème classe et le nouveau diplôme donne le droit d'exercer sur la totalité du territoire français; toutefois le décret prévoit quelques mesures transitoires pour les sages-femmes en cours d'études ou pour celles qui possèdent le diplôme local.

Pharmaciens.

Comme les médecins, les pharmaciens étaient tenus, pour pouvoir exercer leur profession d'obtenir une approbation en vertu du même paragraphe 29 déjà nommé. Le diplôme d'approbation leur était délivré par le ministère (service d'hygiène) après des études universitaires de deux ans et après trois années de stage pratique. Au cours de ces études ils avaient à passer un exa-

men de validation des stages et à la fin l'examen d'Etat.

Cette règlementation a été supprimée par le décret du 15 juin 1920 introduisant dans nos trois départements la législation française sur l'enseignement pharmaceutique.

L'exercice de la pharmacie est régi par la loi du 15 VII. 1903 qui a remplacé celle du 20 mai 1877. Cette dernière avait supprimé l'exercice libre de la pharmacie et institué le système de l'autorisation préalable. Toute création de pharmacie était subordonnée à l'autorisation du ministère qui ne l'accordait que si le besoin en était démontré et si la pharmacie était viable. On comptait à peu près une pharmacie sur 7000-8000 habitants. Les pharmacies étaient propriété des concessionnaires et en consequence aliénables et se transmettaient aux héritiers

Par contre la loi de 1903 qui régit actuellement les pharmacies est allée plus loin dans l'organisation du monopole en établissant les concessions personnelles; c'est à dire à la mort du concessionnairre la pharmacie retourne à l'Etat qui nomme un nouveau titulaire d'après l'ancienneté et la valeur professionnelle.

Ce régime évite évidemment la spéculation qui sous le régime de la loi de 1877 avait pris des proportions inquiétantes et avait rendu la situation des pharmacies intolérable. Toutefois le nouveau régime, excellent en lui même, n'a pas produit jusqu'à ce jour les résultats désirés puisque les concessions aliénables subsistaient! Aussi le nombre des pharmacies créées depuis 1903 est-il resté insignifiant. Sur les 240 pharmacies existant dans nos trois départements, il n'y a que douze concessions personnelles.

En outre les pharmaciens ont obtenu par voie législative la création d'une chambre des

pharmaciens (loi du 30 juillet 1912) pour les trois Départements. Cette chambre constitue un véritable tribunal d'honneur pour juger ses membres coupables de fautes professionnelles.

A part les pharmacies tenues par des pharmaciens diplômés il existe encore quelques pharmacies domiciliaires accordées à des médecins demeurant à plus de quatre km d'une pharmacie. (loi du 2 juin 1891).

La tenue des pharmacies, le commerce des médicaments et des poisons sont réglés par diverses ordonnances. L'ordonnance du 22 juin 1896 concernant la vente des remèdes violents donne une liste des médicaments qui ne peuvent être délivrés que sur ordonnance médicale. Elle règle également la vente des stupéfiants.

L'ordonnance du 22 octobre 1901 concerne la vente des médicaments en général dans les pharmacies et les drogueries et donne la liste des drogues et médicaments réservés aux premières.

Le commerce des substances vénéneuses est réglé par l'ordonnance du 1er avril 1895. Ce commerce n'est pas concessionné et soumis uniquement à la déclaration au maire de la commune. Cette ordonnance règle la conservation et la vente des poisons, la tenue des régistres et donne une liste des poisons classés en trois groupes. Les pharmaciens subissent des exceptions conformément aux ordonnances déjà citées. L'ordonnance du 1er avril 1895 est basée sur l'art. premier de l'ancienne loi française du 19 juillet 1845 concernant la vente des substances vénéneuses.

Toutes les pharmacies sont, comme d'ailleurs les drogueries, soumises à une révision qui est basée sur les articles 29, 30 et 31 de la loi du 21 germinal de l'an XI.

La commission de révision se compose du médecin d'arrondissement et d'un technicien pharmacien. La révision a lieu tous les trois ans au moins, pour chaque pharmacie.

La vente des remèdes secrets est interdite aux pharmaciens en vertu de l'article 31 de la loi du 21 germinal.

Infirmiers et Désinfecteurs.

Le personnel des infirmiers et infirmières et les desinfecteurs par contre n'étaient soumis à aucune réglementation jusqu'en 1908. Par l'ordonnance du 29 juin 1908 il a été institué un diplôme d'État pour les infirmiers et les infirmières. Pour obtenir ce diplôme les candidats devaient justifier d'une année d'études théoriques et de stages pratiques dans une école d'infirmiers ou infirmières, reconnue par l'État. Le diplôme était délivré après un examen théorique et pratique d'une durée de trois jours. L'examen pratique consistait dans les soins à donner à un malade pendant deux jours et une nuit avec un rapport détaillé

L'examen théoriqne portait sur les matières suivantes: Généralités sur les maladies et leur symptômes; fièvre et pouls; asepsie et antisepsie, installation d'une chambre de malade suivant les lois de l'hygiène; aération, chauffage; transport et observation des malades, rapport au médecin; aide dans la consultation, aide aux opérations, préparation des instruments et du matériel nécessaires; premier aide en cas d'accident, respiration artificielle, soins à donner en cas de maladies contagieuses, généralités sur la désinfection.

Après l'armistice cette ordonnance est tombée en désuétude, cette institution n'existant pas en France. Par contre l'Association alsacienne et lorraine contre la tuberlose a fondé à Strasbourg une école d'infirmières, destinée à former des

infirmières pour les hôpitaux et des infirmières visiteuses d'hygiène sociale, dont il sera parlé plus tard.

Pour les désinfecteurs il n'existait aucune réglementation. Après la création des Instituts de bactériologie et l'institution de la lutte antityphique on a établi à ces Instituts des cours pour former les désinfecteurs nécessaires. La durée des cours était de 5 à neuf jours. Les désinfecteurs sont désignés par le sous-préfet; leur instruction ainsi que les frais des désinfections sont à la charge de la commune. Généralement il y a pour chaque canton un à deux désinfecteurs. Il est sous le contrôle direct du médecin d'arrondissement, dont il doit exécuter strictement les ordres. Il est chargé de surveiller la désinfection courante et de faire la désinfection terminale.

Cette organisation, tout en donnant de très bons resultats dans les grands centres, laisse beaucoup à désirer dans les campagnes, l'instruction des désinfecteurs étant trop sommaire et leur trop grand nombre ne permettant pas de rester suffisamment au courant du métier.

Charlatans.

Le code industriel laissant l'exercice de la médecine libre les charlatans et empiriques ne pouvaient être atteints que difficilement. Les ordonnances préfectorales édictées à cet effet (du 13. 1. 1906 pour le Bas-Rhin, du 26. 10. 1905 pour le Haut-Rhin et du 9. 7. 1906 pour la Moselle) étaient sans efficacité.

Depuis l'introduction de la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine, il y a possibilité d'empêcher et gêner leur métier; l'exercice de la médecine étant interdit aux personnes non pourvues de diplômes.

II.

COMMISSIONS SANITAIRES:

Quoique très anciennes les commissions sanitaires forment une institution d'une incontestable utilité pour l'hygiène publique. Elles ont été instituées par la loi du 18 décembre 1848 qui a été maintenue dans nos trois départements par l'ordonnance du «Oberpräsident» du 27 mai 1872. D'après cette loi il existe dans chaque arrondissement un conseil d'hygiène dont les attributions sont assez étendues. Il doit être entendu dans toutes les questions relatives à l'hygiène publique. C'est à dire qu'il doit donner son avis sur: les mesures à prendre contre les maladies contagieuses, contre les épidémies parmi les animaux, sur l'amélioration des logement insalubres, sur l'installation des écoles, fabriques, prisons, maisons d'aliénés, etc. au point de vue de l'hygiène, sur le contrôle des médicaments et aliments, sur les nouvelles constructions d'écoles ou de prisons, sur l'établissement de nouveaux cimetières.

Le médecin d'arrondissement est d'office le secrétaire du conseil d'hygiène, dont le président est le sous-préfet. Les membres (8—15) sont nommés par le préfet et choisis parmi les pharmaciens, médecins, architectes, inspecteurs d'écoles etc. de l'arrondissement.

Le conseil d'hygiène de l'arrondissement, où est le siège de la préfecture, est en même temps le conseil d'hygiène départemental, présidé par le préfet.

III.
INSTITUTS.

Les Instituts de bactériologie relevant des services d'hygiène sont de date plus récente; il en existe un à Strasbourg et un à Metz, créés en 1903. Ils jouent un rôle primordial dans l'organisation de l'hygiène du pays, étant à la fois des laboratoires régionaux d'analyses auxquels s'adressent tous les médecins et tous les hôpitaux du pays et les centres de la lutte antityphique organisée spécialement par les Allemands sur la rive gauche du Rhin et dont il sera encore question. Leur principal but est de fournir dans les délais les plus courts le diagnostic des maladies contagieuses et d'aider par là les médecins d'arrondissement dans la lutte contre ces maladies.

Pour la lutte antivariolique l'arrêté ministeriel du 12 mars 1885 a créé deux Instituts vaccinaux à Strasbourg et à Metz destinés à assurer les vaccinations obligatoires et gratuites conformément à la loi du 8 avril 1874. Pour ces vaccinations les Instituts livraient le vaccin gratuitement aux médecins vaccinateurs qui devaient le réclamer 10 jours avant l'emploi. D'après l'arrêté du 26 juin 1899 le vaccin devait être contrôlé bactériologiquement à l'Institut de bactériologie avant d'être délivré aux médecins vaccinateurs.

Après l'armistice l'Institut de Metz a été supprimé et l'Institut vaccinal de Strasbourg subvient seul aux besoins des trois départements.

VI.
HYGIÈNE PUBLIQUE.

L'hygiène publique est une des plus vastes attributions des services d'hygiène ; elle s'étend sur les domaines les plus variés ; notamment sur l'hygiène des habitations, l'hygiène urbaine, l'hygiène des établissements hospitaliers, l'hygiène scolaire, l'hygiène du travail et des industries, l'hygiène alimentaire.

Hygiène des habitations.

Pour l'hygiène des habitations, la loi du 13 avril 1850, ancienne loi française qui n'a pas été remplacée, donne aux communes le droit de nommer une commission pour l'amélioration des logements insalubres. D'après la loi les logements sont insalubres quand il mettent la vie ou la santé de leurs habitants en danger. Si l'amélioration ou l'assainissement d'un logement est reconnu impossible par la commission, elle peut en défendre l'habitation. Dans cette commission doit figurer un médecin et un architecte ou un autre membre possédant la compétence nécessaire.

Hygiène urbaine.

Les habitations réunies forment les collectivités, c'est à dire les communes. L'hygiène des communes exige des mesures particulièrement importantes pour sauvegarder et maintenir la santé et le bien-être des habitants. Une des questions les plus graves est celle de l'eau.

Eau.

La protection des cours d'eau était assurée par la loi du deux juillet 1891 sur l'usage et la conservation des eaux, et les ordonnances du ministère du 12 décembre 1897 et du 25 janvier 1898. La loi du deux juillet 1891 prescrit les autorisations à demander pour certaines installa-

tions susceptibles de modifier le cours d'eau; elle contient également certaines dispositions dans l'intérêt de l'hygiène publique.

Les ordonnances précitées concernent les mesures à prendre en cas d'introduction dans le cours d'eau de matières nuisibles (résidu de fabriques, contenus d'égouts, matières fécales.)

Eau potable.

L'approvisionnement des communes en eau potable fait l'objet d'une législation spéciale. Pour les approvisionnements par les puits nous avons les ordonnances préfectorales du 12 mai 1905 pour le Bas-Rhin, du 10 décembre 1907 pour le Haut-Rhin, du 10 février 1906 pour la Moselle. D'après ces ordonnances, il est défendu de réparer ou de remettre en usage un puits fermé, sans l'autorisation préalable de la police locale. L'eau doit être prise de la nappe souterraine d'un terrain non remblayé, à une profondeur plus ou moins grande suivant la perméabilité du sol. La profondeur doit être d'au moins 1 à 2 mètres au-dessous du niveau le plus bas de l'eau souterraine; le puits doit être éloigné d'au moins dix mètres d'un foyer de putréfaction. En plus les ordonnances prévoient des mesures de protection pour le terrain environnant (cimentation !).

En ce qui concerne l'approvisionnement en eau potable par des conduites d'eau, les directives en ont été données par l'ordonnance ministérielle du 12 juillet 1909. Celle-ci règle la construction, le fonctionnement et la surveillance des conduites et prescrit des rapports périodiques et réguliers de la part des médecins d'arrondissement.

Cette ordonnance est basée sur la décision du conseil fédéral de l'Empire du 16 juillet 1906 concernant les instructions pour le fonctionnement et la surveillance des conduites d'eau publiques.

Ces instructions sont très détaillées et portent sur le choix de l'eau. l'établissement d'un périmètre de protection, l'installation, le contrôle des plans par les hygiènistes, le fonctionnement général et la surveillance. Conformément à ces prescriptions le médecin d'arrondissement est tenu de donner son avis sur tous les puits et toutes les conduites dont la construction est envisagée, et à faire des inspections régulières des puits et conduites en exploitation, de telle sorte que chaque puits et chaque conduite soient inspectés tous les trois ans. Il doit fournir à ce sujet chaque année un rapport détaillé, et établir des formulaires pour chaque commune. Ainsi chaque puits est classé et décrit dans tous ses détails (emplacement, entourage, construction, protection, qualité de l'eau au point de vue chimique).

Eaux thermales

Pour les eaux thermales la législation française existante n'a pas été changée après 1870 et reste en vigueur comme dans le reste de la France.

En vertu de l'ordonnance du 18 juin 1823 aucune source ne peut être exploitée pour l'usage médical sans une autorisation administrative. La demande d'autorisation doit être adressée au préfet. L'autorisation est donnée après une enquête du service des mines portant sur la pureté des eaux au point de vue des infiltrations du voisinage et du captage de la source qui doit être tel qu'il n'y ait pas décantation ni dégazéification. Un échantillon des eaux, prélevé en présence d'un représentant de l'autorité locale, est joint à la demande et est analysé par le laboratoire de l'Académie de médecine qui indique ainsi si l'eau jouit des proprietés thérapeutiques. A tout-cela est joint l'avis des autorités locales : maire, préfet et conseil départemental d'hygiène.

Ensuite joue la loi du 14 juillet 1856 sur la conservation et l'aménagement des eaux minerales. Par son article premier, cette loi porte qu'une source autorisée peut être déclarée d'intérêt public par décret délibéré en Conseil d'Etat. La déclaration d'intérét public entraine une double conséquence: 1. des servitudes sont imposées aux propriétés voisines de la source, dans l'intérêt de sa conservation. 2. la source peut être acquise par l'Etat par voie d'expropriation (si la source est mal exploitée par le propriétaire). La déclaration d'intérêt public de la source s'accompagne de l'établissement d'un périmètre de protection, dans lequel tout travail souterrain ou à ciel ouvert, pour quelque usage que ce soit, peut être interdit (en vertu du principe qu'il est d'intérêt public que la source soit conservée).

Une autre question importante pour l'hygiene des villes est celle des transports de corps et celle de l'établissement des cimetières.

Cimetière.

La réglementation des cimetières est établie par l'ancienne législation française, c'est à dire par le décret du 23 prairial XII qui prescrit pour les cimetières une distance de 35 à 40 mètres des habitations, et par le décret du 7 mars 1808 qui interdit la construction d'une habitation ou d'un puits dans une distance moindre que 100 métres des cimetières établis en dehors des villages.

D'après l'ordonnance du Oberprésident du 17 octobre 1876 l'établissement, le transfert, l'agrandissement des cimetières doivent être subordonnés à l'avis des conseils d'hygiène.

Des instructions générales, interprêtant les décrets précédents et s'y adaptant étroitement, ont été établies par le décret ministériel du 28 octobre 1911.

Transports de corps.

Pour les transports de corps l'ordonnance du 6 février 1888 exige un permis délivré par le sous-préfet sur la présentation des pièces suivantes : 1. un extrait du régistre mortuaire ; 2. un certificat du médecin d'arrondissement indiquant la cause du décès et que le transport ne soulève pas d'objections au point de vue hygiénique et que la mise en bière a été effectuée conformément aux prescriptions. Le corps doit être mis dans un cercueil en métal avec couvercle soudé ; ce cercueil doit être enfermé dans un autre en bois. Le transport des personnes décédées à la suite de certaines maladies contagieuses (variole, choléra, peste et typhus exanthématique) ne peut être effectué qu'une année après la mort. Le transport du corps provenant de contrée où sévit une épidémie, provoquée par une de ces maladies, est interdit. Les transports des corps venant de l'étranger et non munis du visa du consul compétent doivent être autorisés par le sous-préfet de l'arrondissement dans lequel le corps franchit la frontière.

Cette loi est encore en vigueur, seulement par décision du Commissaire Général du 10 février 1922 les dispositions locales ont été modifiées en ce sens que l'autorisation de transport d'une commune de ces trois départements dans une commune du reste de la France doit être donné par le préfet qui selon la législation française a seul le droit de délivrer l'autorisation des transports.

Moustiques.

Au chapitre de l'hygiène urbaine il faut faire mention de la lutte contre les moustiques entreprise déjà dans les dernières années avant la guerre et reprise après l'armistice. Les moustiques en Alsace ont augmenté de nombre dans les derniers dix ans dans de telles proportions qu'ils sont devenus

un fléau non seulement pour les campagnes, mais même pour les abords des montagnes. Dans les villes la lutte se présente relativement facile à condition que des personnes spécialement dressées s'occupent activement à rechercher les gites et à détruire les moustiques. En principe la lutte consiste à éviter la formation des mares et eaux stagnantes, endroits où les moustiques déposent leurs œufs. Les eaux stagnantes inévitables doivent être pétrolées, c'est à dire couvertes d'une légère couche de pétrole ; quelques gouttes par mètre carré suffisent pour tuer toutes les larves. Il est nécessaire que ce pétrolage soit effectué pendant que les insectes sont à l'état de larves, c'est à dire dans un délai de dix jours après la pondaison. Le pétrolage est inefficace dès que les larves sont devenues des nymphes. Les arrêtés préfectoraux (du 20 IV 1922 pour le Bas-Rhin, du 16 IV 1922 pour le Haut-Rhin, du 19 IV 1922 pour la Moselle) pris d'après les instructions de la direction d'hygiène, prescrivent les mesures que les propriétaires, les locataires ainsi que les municipalités ont à prendre.

A la campagne la lutte contre les moustiques devient plus difficile du fait que les prés sont périodiquement inondés, ce qui favorise l'éclosion des larves. En outre les moustiques des campagnes ne déposent non seulement leurs œufs directement dans l'eau, mais aussi sur les prés humides en automne, où ils restent jusqu'au printemps et où les eaux des inondations provoquent leur éclosion. Mais par un système rationnel d'irrigation et par le pétrolage systématique des flaques d'eau restantes on arrivera sûrement à faire disparaitre peu à peu ce fléau ; la lutte est très énergiquement entreprise depuis les deux dernières années.

Établissements hospitaliers.

Une branche de l'hygiène urbaine où la législation locale est moins complète est bien celle des

établissements hospitaliers qui sont dans leur administration plutôt indépendants, quoique le préfet ait dans ses attributions le contrôle et la surveillance de ces établissements. Les hôpitaux, tels qu'ils existent à l'intérieur, relevant de l'Assistance publique, n'existent pas dans nos départements. Les médecins d'arrondissement en leur qualité d'hygiénistes sont chargés de l'inspection technique de ces établissements par l'ordonnance du 5 juillet 1882 et de faire un rapport aux sous-prétets. Ceux-ci le transmettent au préfet qui rassemble les rapports et les envoie à la direction d'hygiène au ministère.

Cette inspection s'étend sur les locaux, les salles de malades, leur distribution, leur installation, sur le chauffage, l'éclairage et l'aération des salles, sur la pharmacie, la cuisine, la distribution de l'eau potable, l'alimentation et les médicaments.

Hygiène scolaire.

En ce qui concerne l'hygiène scolaire qui peut en quelque sorte être considérée comme une partie de l'hygiène urbaine, il y a lieu de faire la même observation au point de vue de la législation locale. Elle fait presque entièrement défaut.

L'ordonnance du «Oberpräsident» du 3 août 1876 prescrit les conditions d'hygiène à observer pour les nouvelles constructions d'écoles. D'après cette ordonnance l'avis du médecin d'arrondissement sur l'emplacement et l'installation est nécessaire.

Le décret ministériel du 30 janvier 1911 se classe déjà parmi les mesures administratives contre les maladies contagieuses. Il comporte les mesures spéciales en cas de maladies contagieuses survenues dans une école. Il distingue quatre catégories de maladies contagieuses qui exigent des mesures de précaution de la part des directeurs d'écoles. Si le personnel enseignant ou les

élèves sont atteints de ces maladies, il leur est interdit d'aller en classe. Le décret spécifie aussi les cas où la fermeture des écoles doit être envisagée.

La surveillance médicale des écoles est réservée aux décisions des municipalités. L'inspection médicale existe dans presque toutes les grandes villes. Des médecins et des spécialistes sont désignés pour l'examen et la surveillance régulière des écoles primaires. La révision des écoles est faite régulièrement chaque mois et chaque élève a sa fiche à lui qui l'accompagne jusqu'à son service militaire. Cette législation est encore maintenant en vigueur.

Hygiène du travail et des industries.

La loi fondamentale pour l'hygiène du travail et des industries est encore le côde industriel du 26 juillet 1900. Le paragraphe 16 notamment contient une énumération des établissements nécessitant une autorisation spéciale de la part du préfet; c'est à dire des établissements qui constituent à raison de leur situation ou de la disposition de leurs locaux un danger pour les voisins ou d'une façon générale pour le public. Les paragraphes suivants établissent les conditions sous lesquelles cette autorisation peut être obtenue. Le paragraphe 29 concerne les professions, dont l'exercice est subordonné à une autorisation particulière. (pharmaciens, médecins, chirurgiens-dentistes.) L'article 30 exige également une autorisation du ministère pour les personnes qui veulent tenir des maisons de santé, d'accouchements ou d'aliénés. Ces autorisations sont refusées: 1. si celui qui le demande ne présente par les garanties necessaires. 2. si l'emplacemedent l'installation ne correspondent pas aux exigences de l'hygiène. 3. s'il y a pour les voisins et

maison d'aliénés ou de maladies contagieuses de réels dangers.

Les sages-femmes doivent être munies d'un diplôme spécial (au sujet des sages-femmes une réglementation spéciale, dont il a été question, a été introduite dans nos trois départements.)

Le paragraphe 34 prévoit la possibilité d'une licence spéciale pour le commerce des substances vénéneuses ; ce paragraphe n'a pas été mis en application en Alsace et en Lorraine.

D'après le paragraphe 35 le commerce des drogues et de préparations chimiques doit être interdit s'il met en péril la santé ou la vie des ouvriers.

Le commerce ambulant est réglé par les paragraphes 56—63. Au point de vue de l'hygiène il faut relever que certains objets sont exclus de ce commerce ; (vêtements portés, linge, literie, cheveux, substances vénéneuses et marchandises contenant de ces substances, remèdes secrets et bandages herniaires).

Il est notamment interdit aux personnes non munies d'un diplôme de médecin d'exercer la médecine ambulante. — En cas d'épidemie et comme mesure prophylactique d'autres objets peuvent encore être exclus de ce commerce.

Le permis pour le commerce ambulant doit être refusé quand le requérant est atteint d'une maladie repoussante ou contagieuse.

La loi française du 16 juillet 1912 a été introduite dans nos trois départements par le décret du 25. XI. 1919. Cette loi laisse le commerce ambulant libre et n'impose que la déclaration au préfet qui ne peut refuser l'autorisation. Toutefois la loi locale n'étant pas abrogée, les deux législations subsistent l'une à côté de l'autre, la loi locale apportant des restrictions à la loi française introduite.

Pour l'hygiène de l'ouvrier le côde industriel prévoit les mesures nécessaires dans une série d'articles. Ces mesures portent sur l'installation des salles de travail, les machines et appareils, l'aération, l'élimination de la poussière, les vestiaires et lavabos, les cabinets d'aisance.

Le côde industriel prévoit en outre les mesures pour la protection des ouvriers âgés de moins de 18 ans, des enfants au-dessus de 13 ans et des femmes en couche. A ces dernières le travail est interdit pendant quatre semaines après l'accouchement et les deux suivantes le travail ne leur est permis qu'avec un certificat du médecin.

Pour les établissements nuisibles à la santé des lois et ordonnances spéciales, se basant sur le côde industriel, ont été faites contenant les mesures d'hygiène et de sûreté pour les ouvriers. Parmi le nombre de ces établissements mentionnons les plus importants: la fabrication des couleurs de plomb et des produits de plomb, les plomberies, les imprimeries, les tanneries, les verreries, le tissage de crins, etc. Les mesures d'hygiène portent sur l'empêchement de la pénétration de poussière ou de vapeurs dans les salles de travail, le lavage à fond de ces salles, la consultation médicale mensuelle, vêtements spéciaux pour les ouvriers.

Hygiène alimentaire.

Pour l'hygiène alimentaire nous avons deux lois locales, la loi du 14 mai 1879 et celle du 5 juillet 1887; la premiére concernant le commerce des aliments et des objets d'usage, la seconde se rapportant à l'emploi des couleurs nuisibles dans la fabrication des aliments.

La loi du 14 mai 1879 soumet le commerce des aliments, jouets, tapisseries, pétrole, etc. . . . à un contrôle sèvère. La police est autorisée de visiter les locaux où ces objets sont vendus et

de prélever des échantillons. La loi défend entre autre la vente de la viande d'animaux atteints de certaines maladies, l'emploi de certaines couleurs et matières pour la fabrication des vêtements, jouets et tapisseries, la vente du pétrole d'une certaine qualité.

D'après la loi du 5 juillet 1887 il est défendu d'utiliser pour la fabrication d'aliments les couleurs contenant de l'antimoine, arsine, du plomb, chrome, cuivre, mercure, bronze, zinc et de l'acide picrique. Elle défend également l'emploi de ces couleurs pour la fabrication des cosmétiques.

Pour les examens et les expertises chimiques nécessités par le service de la répression des fraudes des laboratoires de police ont été installés à Strasbourg, Metz et Mulhouse.

Par l'arrêté du Commissaire Général du 10 mars 1920 la législation française, en particulier la loi Ruau du 1er août 1905, a été introduite en Alsace et en Lorraine. La répression des fraudes relève maintenant de la direction de l'agriculture, tandisqu' auparavant elle dépendait de l'Intérieur (direction de l'hygiène).

Par l'introduction de la loi française, les lois allemandes de 1879 et 1887 ont été abrogées en ce qui concerne les aliments. Les laboratoires de police ont été également supprimés et d'autres laboratoires ont été mis à leur place pour effectuer les examens des échantillons prélevés conformément au règlement.

La loi Ruau prévoit des sanctions sévères pour la falsification des aliments servant à l'alimentation de l'homme ou des animaux, falsification des substances médicamenteuses, des boissons et des produits agricoles, pour la vente des produits propres à effectuer la falsification.

Cette loi a été modifiée et complétée par les lois du 5 août 1908 et du 28 juillet 1912 qui sont également introduites dans nos départements par l'arrêté du Commissaire Général du 10 mars 1920. Ces lois concernent la définition et la dénomination des boissons, le mouillage et sucrage des vins et prévoient aussi des sanctions rigoureuses en cas de délit.

V.

HYGIÈNE SOCIALE.

Nous abordons maintenant un autre chapitre, très vaste, de l'hygiène, l'hygiène sociale qui comprend la lutte contre les maladies contagieuses et la lutte contre les grands fléaux de l'humanité : la tuberculose, les maladies vénériennes, la mortalité infantile, l'alcoolisme.

Lutte contre les épidémies et les maladies contagieuses.

Pour la lutte contre les maladies contagieuses il y a la loi d'empire du 30 juin 1900 relative aux maladies pandémiques (lèpre, choléra, typhus exanthématique, fièvre jaune, peste, variole, auxquelles s'est ajouté par une loi ultérieure le charbon). La loi comporte la déclaration obligatoire, l'enquête et les mesures de prophylaxie. La déclaration est obligatoire pour le médecin, le chef de famille, pour toute personne soignant le malade et pour le propriétaire de la maison où habite le malade. Elle se fait à la police qui la transmet au médecin d'arrondissement. Celui-ci est tenu de faire immédiatement une enquête sur le début et les causes de la maladie. Il doit immédiatement ordonner les mesures nécessaires, s'il constate l'existence d'une maladie contagieuse en cas d'urgence même sans l'autorisation préalable de l'administration compétente ; toutefois les mesures prises doivent être ratifiées par les autorités.

La loi distingue entre : 1. malades, c'est-à-dire des personnes chez lesquelles la maladie contagieuse est constatée ; 2. des personnes suspectes de maladie contagieuse, c'est à dire présentant des symptômes plus ou moins suspects. 3. des personnes suspectes de contamination, c'est à dire celles qui ont fréquenté ou étaient en rapport avec les malades.

Les mesures de prophylaxie consistent dans la surveillance et l'isolement des malades de ces trois catégories. D'autres mesures peuvent être prises par les autorités dans les localités ou contrées atteintes ou menacées par une maladie contagieuse. Ces mesures comportent : la surveillance par la police sanitaire des objets pouvant propager la maladie et la défense pour les enfants, dans la demeure desquels se sont produits des cas de maladies contagieuses, de fréquenter l'école, l'interdiction de l'usage des fontaines, puits et conduites d'eau.

Des précautions particulières peuvent être ordonnées en ce qui concerne la garde, le transport et l'inhumation des cadavres des personnes mortes d'une maladie contagieuse.

La désinfection courante des matières fécales, usines et la désinfection terminale après guérison, transports ou décès sont obligatoires.

Toutes ces mesures doivent être proposées aux autorités compétentes (police, sous-préfet, préfet) par le médecin d'arrondissement.

Vaccination.

Pour la variole il y a comme mesure préventive spéciale la loi d'empire du 8 avril 1874 concernant la vaccination obligatoire.

« Un enfant dans le cours de l'année qui suivra celle de sa naissance doit être vacciné. » Une seconde vaccination est prescrite à l'âge de 12 ans. La loi prévoit la formation de circonscriptions de vaccination ; chacune de celles-ci est placée sous le contrôle d'un médecin vaccinateur qui est nommé par le préfet. Chaque année le médecin vaccinateur vaccinera gratuitement dans sa circonscription, huit jours après la vaccination il fait la révision et délivre un certificat. Outre les médecins vaccinateurs, seuls les médecins ont droit de vacciner, mais ils doivent tenir une liste des en-

fants vaccinés par eux et la remettre aux autorités.

L'application de cette loi en Alsace et en Lorraine se fait rigoureusement de sorte que peu d'enfants échappent à la vaccination.

Déclaration obligatoire.

L'ordonnance du 29 octobre 1910 pour l'Alsace et la Lorraine étend l'obligation de déclaration aux maladies suivantes: diphtherie, méningite cérebro-spinale, fièvre puerpérale, trachome, morve, dysenterie, scarlatine, rage, tuberculose pulm. et laryngée, fièvre typhoïde.

Le règlement d'exécution du 30 octobre 1910 donne les instructions nécessaires pour l'enquête, les mesures de prophylaxie et de désinfection en cas de ces maladies.

C'est toujours le médecin d'arrondissement qui est chargé de proposer et de surveiller ces mesures.

Fièvre typhoïde.

La fièvre typhoïde et les fièvres paratyphoïdes dont la déclaration est obligatoire même dans les cas douteux, fait depuis 1903 l'objet d'une organisation spéciale: la lutte antityphique destinée à assainir le sud-ouest de l'ancien empire allemand en vue d'une mobilisation future. La direction générale siégeait à Sarrebrück; elle était responsable de l'organisation générale et assurait la liaison des différentes stations entre elles. Pour l'Alsace et la Lorraine il y avait des stations à Strasbourg et à Haguenau, à Metz et à Thionville. Les stations de Haguenau et de Thionville ont été supprimées déjà avant la guerre. La station de beaucoup la plus importante est celle de Strasbourg. Tous les cas de fièvre typhoïde en Alsace sont connus à la station par les examens de laboratoires et par la déclaration par les médecins d'arrondissement non seulement des cas confirmés

mais aussi des cas douteux. Dès qu'un cas est reconnu bactériologiquement, le médecin d'arrondissement procède à une enquête, pour laquelle il peut demander l'aide d'un assistant de la station. Grâce à ces enquêtes la station a des renseignements très précis sur la fièvre typhoïde en Alsace. Chaque cas, chaque porteur, chaque village a son dossier. La station doit être le conseiller technique du médecin d'arrondissement; elle signale les améliorations nécessaires et les mesures de prophylaxie à prendre (fermeture d'école, interdiction de la vente du lait et du beurre, défense d'utiliser certaines eaux, etc.)

Le résultat de cette lutte antityphique est très satisfaisant. On comptait en 1904, 1407 cas de fièvre typhoïde; en 1916 seulement 587 cas.

«Il serait donc utile d'étendre à d'autres maladies contagieuses l'organisation hygiènique et prophylactique dirigée contre la fièvre typhoïde, par exemple la diphtérie dont la prophylaxie est un peu negligée».

Lutte contre la tuberculose.

En 1914 a été fondé sous l'impulsion de l'Institut d'Assurance sociale un Comité régional central pour la lutte contre la tuberculose. L'Association Alsacienne et Lorraine contre la tuberculose a reconstitué le 7 mai 1919 ce comité régional.

Cette Association est une œuvre de caractère privé en relations constantes et étroites avec les autorités médicales et les services sanitaires du pays. Son but est de réaliser une sorte de groupement régional des œuvres antituberculeuses; elle est affiliée au Comité National de défense contre la tuberculose.

Ses moyens d'action sont principalement le dispensaire antituberculeux et le sanatorium.

Nous avons dans nos trois départements en vertu de l'ordonnance du 29 octobre 1910 la déclaration obligatoire de la tuberculose dans les cas où la tuberculose est dangereuse pour la collectivité.

Cette déclaration est obligatoire pour les médecins traitants: 1. dans les cas où le malade change de domicile; 2. en cas de danger pour l'entourage par rapport au logement; 3. Dans tous les cas survenus dans un établissement (école, hôpital privé, hospice et établissements analogues); 4. à chaque cas de décès.

En ce qui concerne les dispensaires la législation locale fait complètement défaut. Par contre le décret du 31 juillet 1920 a étendu aux départements du Bas-Rhin, Haut-Rhin et de la Moselle les dispositions de l'article 9 de la loi Léon Bourgeois du 15 avril 1916 relative aux dispensaires privés d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse.

Pour ce qui concerne les sanatoriums, il n'existe également aucune législation locale. Mais par décret du 11 juin 1920 les articles 1 et 2 de la loi du 7 septembre 1919 relative à l'institution de sanatoriums, spécialement destinés au traitement de la tuberculose, sont introduits en Alsace et en Lorraine.

En vertu de ces décrets les dispensaires comme les sanatoriums peuvent recevoir des subventions de l'État, du département, des communes, des établissements publics. Si l'État accorde aux organisations destinées à la lutte antituberculeuse des subventions, il ne prend par contre aucune mesure directe contre la maladie même. L'initiative a été prise et la lutte est menée par des organisations privées.

Le dispensaire antituberculeux est un organe de préservation sociale, il constitue un centre de

dépistage, un instrument d'assistance qui s'efforce de réaliser l'isolement à domicile ; il en existe 24 dans nos trois départements.

Les sanatoriums sont soit des sanatoriums de cure pour les tuberculoses au début, soit l'hôpital-sanatorium pour les malades au cours des poussées évolutives et pour les cas avancés.

Il y en a cinq en Alsace et en Lorraine, dont deux pour les tuberculoses au début.

La préservation de l'enfance, dont l'importance est primordiale, est également un moyen d'action de l'Association. Elle consiste dans le placement à la campagne des enfants sains et voués à la contagion familiale. Ce placement est familial (Œuvre Grancher) ou collectif (colonies de vacances).

L'Association s'occupe enfin de la formation des infirmières visiteuses dans une école spéciale et fondée dans ce but, qui est placée sous l'autorité de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Lutte contre les maladies vénériennes.

La lutte antivénérienne est également abandonnée à l'initiative privée. Jusqu'à l'armistice il n'y avait aucune organisation particulière. Uniquement l'Institut d'Assurance sociale avait organisé une «Beratungsstelle» à Strasbourg, réservée aux vénériens, mais où on ne faisait que le diagnostic et non le traitement. Aussi le médecin dirigeant n'était pas un spécialiste.

Mais depuis l'armistice la situation au point de vue des maladies vénériennes dans nos trois départements est devenue beaucoup plus grave.

Bien des mobilisés avaient été envoyés en Pologne, en Russie, en Roumanie, en Macédoine et avaient été contaminés ; à leur rentrée ils ont infecté à leur tour leur village, de sorte que les

campagnes sont maintenant également fortement attaquées.

Pour remédier à ce fléau une ligue antivénérienne en Alsace et en Lorraine s'est constituée à Strasbourg le 26 juin 1919. Son but est de coordonner tous les efforts et de grouper toutes les initiatives pour lutter contre l'extension prise par les maladies vénériennes; ses principaux moyens d'action seront la création de services spéciaux conçus sur le modèle des services annexes français avec consultations quotidiennes comprenant en particulier des consultations du soir. Un service annexe a été ouvert à Strasbourg le 1er mars 1920. Mulhouse et Metz ont suivi l'exemple et d'autres créations sont encore en vue.

Les services-annexes sont des consultations spéciales, gratuites, facilitant le traitement des malades et dirigées par des médecins compétents.

Prostitution

Le règlement de la prostitution est encore du ressort de la police. La surveillance des prostituées et le traitement de celles qui sont reconnues malades sont réglés par les dispositions de police départementales et municipales. Particulièrement pour le Bas-Rhin la surveillance de la prostitution a été réglée par un arrêté préfectoral tout récent du 21 octobre 1921. Dans le Haut-Rhin et dans la Moselle une réglementation nouvelle est encore à l'étude.

Alcoolisme.

Il n'y a aucune loi spéciale pour une lutte efficace contre l'alcoolisme. Toutefois on avait prévu dans le budget d'Alsace-Lorraine les crédits destinés à subvenir aux frais occasionnés par des traitements d'alcooliques chroniques dans des asi-

les spéciaux. (ordonnance du 13 avril 1906 et du 19 octobre 1906).

Lutte contre la mortalité infantile.

Nous comprenons dans ce chapitre la puériculture, le relèvement de la natalité, la législation concernant les enfants placés et assistés, la surveillance de l'allaitement et les mesures contre la propagande anticonceptionnelle.

Pour lutter contre la mortalité infantile une Association Alsacienne et Lorraine de puériculture a été créée à Strasbourg en 1920 ; c'est une œuvre privée. D'autre part l'Etat a pris l'initiative dans cette question vitale pour la France,

Par le décret du 27 janvier 1920 a été institué un conseil supérieur et des commissions départementales de la Natalité. Ce conseil supérieur se compose de 30 membres et se réunit au moins tous les mois. Il doit rechercher toutes les mesures susceptibles de combattre la dépopulation, d'accroître la natalité, de développer la puériculture et de protéger les familles nombreuses. Les commissions départementales ont les mêmes attributions.

Dans nos trois départements l'Association de puériculture a pour but de réunir tous les efforts qui tendent à relever la natalité et à combattre la mortalité infantile ; dans ce but elle créera des groupements dans tout le pays ; elle centralisera l'action de ces groupements locaux ; elle organisera l'enseignement de l'hygiène maternelle et infantile sous toutes les formes." Elle combattra l'allaitement artificiel et tâchera de porter dans le grand public la conviction que l'allaitement au sein est le meilleur moyen de parer à la mortalité infantile. Dans ce sens la législation a aussi progressé. Le décret du 12 janvier 1920 a introduit dans nos trois départements les dispositions de principe de la loi du 24 octobre 1919 relative à l'institution d'une

prime spéciale d'allaitement au sein. Cette loi assure aux mères des primes durant les quatre semaines avant l'accouchement et les quatre semaines qui suivent. Pour ces quatre dernières semaines elles auront une allocation supplémentaire, si elles allaitent elles-mêmes. Et si la mère continue l'allaitement au sein, elle aura droit à une prime pendant toute l'année qui suit la naissance. Cette prime s'ajoute à l'allocation que les mères touchent conformément aux dispositions locales des Assurances sociales les trois premiers mois après l'accouchement.

De même le décret du 14 octobre 1921 a introduit dans nos trois départements la législation française relative à l'assistance aux femmes en couches; c'est à dire les dispositions des lois du 17 juin 1913, du 30 juillet 1913, du 15 juillet 1914 et du 2 décembre 1917. Un décret du même jour introduit la loi du 14 juillet 1913 sur l'assistance des familles nombreuses.

Par décret du 1er février 1922 la législation française sur la protection des enfants du premier âge est rendue applicable aux trois départements (loi Roussel du 23 décembre 1874).

Cette loi exige la surveillance, confiée aux préfets assistés d'un comité, de tout enfant, âgé de moins de deux ans, qui est placé moyennant salaire en nourrice, en sevrage ou en garde. Des médecins-inspecteurs sont chargés de visiter les enfants placés dans leur circonscription.

Enfants placés.

Le décret du 11 avril 1920 a introduit en Alsace et en Lorraine la législation française sur les enfants assistés, avec les réserves nécessitées par le système transitoire. D'après l'ancienne législation locale il n'existait que les arrêtés préfectoraux sur les enfants placés (pour le Bas-Rhin du 26 juin 1909, pour la Moselle du 24 juillet 1908, pour le

Haut-Rhin du 30 septembre 1905) d'après lesquels la surveillance médicale de ces enfants était une des attributions des médecins d'arrondissement.

Il faut encore citer ici la loi du 31 juillet 1920 sur les mesures contre la propagande anticonceptionnelle. Cette loi prévoit des sanctions pour toute tentative d'avortement criminel et toute propagande anticonceptionnelle. Les anciennes ordonnances préfectorales du 26 octobre 1905 pour le Haut-Rhin, du 3 janvier 1906 pour le Bas-Rhin, du 9 juillet 1906 pour la Moselle, n'avaient qu'une efficacité médiocre et ont souvent été désavouées par les tribunaux.

Statistiques.

La statistique médicale est encore maintenue telle qu'elle fonctionnait avant l'armistice quoique depuis cette date elle ait été un peu négligée. La statistique de morbidité était réglée par différentes ordonnances ministerielles (du 30 novembre 1886, du 15 janvier 1887, du 6 décembre 1889) et comprenait une énumération annuelle à fournir par les médecins d'arrondissement, les hôpitaux, les hospices, les maisons d'aliénés avec leurs statistiques de morbidité.

Ces ordonnances étaient basées sur la décision du conseil fédéral du 30 novembre 1876. En outre à la suite d'une loi d'empire, une statistique de mortalité devait être fournie chaque année conformément à une liste de maladies, établie pour l'ensemble de l'empire par l'administration sanitaire. Ce travail rentrait également dans les obligations des médecins d'arrondissement.

Après avoir tracé un aperçu de la législation en vigueur jusqu'ici en Alsace et en Lorraine, nous allons procéder à une étude de la législation française correspondante et essayer en comparant les deux systèmes de faire ressortir les avantages et les inconvénients de chacun des deux.

Loi de 1902.

Le pivot de toute l'hygiène administrative et appliquée est la loi du 15 février 1902.

Jusqu'à cette date il n'existait pas de loi générale sur l'hygiène.

La loi de 1902 contient dans son titre premier des dispositions concernant les mesures sanitaires générales et les mesures sanitaires relatives aux immeubles.

Le titre 2 est consacré à l'organisation des services d'hygiène.

Les titres III et IV comportent les dispositions relatives aux défenses et aux pénalités.

L'organisation sanitaire d'après cette loi est faite de la façon suivante : La direction d'hygiène relevait jusqu'à la fin de la guerre du ministère d'hygiène.

Elle compte dans ses attributions l'application des lois concernant l'hygiène, notamment de celle de 1902.

Aux côtés du ministre il y a un conseil supérieur d'hygiène siègeant à Paris, dont les membres sont nommés par le ministre. Ce conseil est compétent pour toutes les questions touchant l'hygiène administrative et appliquée (les services d'hygiène départementaux, les conseils d'hygiène et les commissions sanitaires, les logements insalubres, les eaux, l'hygiène industrielle et alimentaire, la lutte contre les maladies contagieuses, désinfection et vaccination, etc.)

La loi a créé en outre les conseils d'hygiène départementaux et les commissions sanitaires. Le conseil départemental se compose de 10 membres au moins et de 15 membres au plus; il est présidé par le préfet.

Le département doit d'après la loi être divisé en circonscriptions sanitaires et chacune de ces circonscriptions doit être pourvue d'une commission sanitaire composée de 5 a 7 membres qui est présidée par le sous-préfet.

En ce qui concerne leurs attributions les conseils d'hygiène départementaux et les commissions sanitaires doivent être consultés d'après le décret du 18 décembre 1848 sur : l'assainissement des localités et des habitations, les mesures à prendre pour prévenir et combattre les maladies endémiques et épidémiques; l'amélioration des conditions sanitaires des populations industrielles et agricoles, la salubrité des ateliers, écoles, hôpitaux, maisons d'aliénés, casernes, prisons et asiles ; la qualité des aliments, boissons ou médicaments livrés au commerce ; les grands travaux d'utilité publique, ponts, canaux, routes, prisons, égouts, cimetières, etc. sous le rapport de l'hygiène publique ; l'alimentation en eau potable et en général sur toutes les questions intéressant la santé publique.

La loi de 1902 prévoit aussi la création facultative d'une inspection départementale, dépendant des préfets et des conseils généraux.

Dans les villes de 20 000 habitants et au-dessus et dans les communes d'au moins 2000 habitants qui sont le siège d'un établissement thermal, il sera institué sous le nom de bureau d'hygiène un service municipal chargé de l'application des lois d'hygiène.

La loi de 1902 considérée en elle-même représente un outil très appréciable dans l'applica-

tion de l'hygiène publique. Néanmoins elle prête à des critiques justifiées. D'abord son application n'est pas réalisée en tous points ni dans tous les départements. Notamment le fait que le poste d'inspecteur départemental n'est pas obligatoire a eu pour conséquence qu'un nombre encore trop considérable de départements n'a pas cru devoir en nommer.

Cet inspecteur départemental a à peu près les mêmes attributions que le directeur départemental dans nos trois départements ; c'est à dire il a le contrôle de l'administration sanitaire, il s'occupe d'hygiène sociale et de prophylaxie ; seulement ils ont à leur charge le service de tout le département, tandis que le directeur départemental est secondé d'une manière efficace par les médecins d'arrondissement dont il est le préposé.

Par contre l'institution des bureaux d'hygiène parait donner de forts bons résultats dans l'application de l'hygiène publique, particulièrement dans la lutte contre les maladies infectieuses. Ils réunissent pour les villes les mêmes fonctions que nos médecins d'arrondissement pour leur arrondissement.

Les conseils départementaux créés par le décret du 18 décembre 1848 et qui ont été maintenus par la loi de 1902, ont également été maintenus dans nos départements, comme nous l'avons dit plus haut, avec les mêmes attributions.

Par contre les conseils d'arrondissement du décret de 1848 ont été remplacés par des commissions sanitaires, il nous semble avec raison. Les conseils d'hygiène départementaux peuvent en effet réunir des compétences nécessaires à l'appréciation des diverses questions d'hygiène qui leur sont soumises tandisque les conseils d'arrondissement sont rarement à même de pou-

voir se prononcer sur des questions quelque peu complexes.

Ministère d'hygiène.

Enfin il faut dire que l'organisation française a le grand avantage d'avoir, depuis 1919, une direction unique dans le ministère d'hygiène qui peut réaliser une coordination des efforts et l'uniformité de vue dans les rouages de son administration.

Après cet aperçu de l'organisation administrative générale, il est de grand intérêt de comparer la réglementation spéciale des différentes branches de l'hygiène telle qu'elle fonctionne dans tout le reste de la France avec celle de nos trois départements

Personnel médical.

La situation professionnelle des médecins, dentistes et sages-femmes est réglée en France par la loi du 30 novembre 1892.

Cette loi qui règle l'installation et l'exercice des médecins, dentistes et sages-femmes, est incontestablement supérieure au système local, tel qu'il existait avant l'introduction de cette loi. Ce système laissait l'exercice de la médecine libre et les charlatans pouvaient exercer leur métier sans risquer aucune sanction.

La loi de 1892 par contre a des dispositions spéciales pour l'exercice illégal de la médecine.

D'après cette loi personne ne peut exercer la médecine s'il n'est pas muni du diplôme du gouvernement français, délivré après des examens subis devant une Faculté de médecine française.

En plus, chaque médecin, dentiste ou sage-femme est tenu dès son établissement de faire enregistrer son titre à la préfecture et au greffe du tribunal.

A cette déclaration s'ajoute dans nos trois départements la présentation du diplôme au médecin d'arrondissement.

Sages-femmes.

L'enseignement des sages-femmes est réglé par la loi du 5 août 1916 qui supprime le diplôme de sage-femme de 2ème classe et par le décret du 9 janvier 1917 sur le nouveau régime d'études.

Cette législation a également été introduite chez nous en Alsace et en Lorraine par le décret du 24 février 1921, cité plus haut.

Il est certain qu'un enseignement de deux ans produit des sages-femmes plus compétentes ; mais d'autre part on a constaté à la suite du nouveau règlement que les campagnes sont désertées par les sages-femmes qui préfèrent s'installer dans les grandes agglomérations. Il faut ajouter à l'avantage de l'ancien système local que l'exercice du métier de sage-femme est minutieusement réglé par une instruction officielle (Hebammenordnung !) et que les sages-femmes sont rigoureusement contrôlées par les médecins d'arrondissement.

La loi de 1892 ne contient pas de disposition concernant l'exercice du métier de sage-femme.

Pharmaciens.

L'exercice de la pharmacie présente de grandes différences de principe dans nos trois départements et dans le reste de la France.

La législation française laisse l'exercice de la pharmacie entièrement libre, nous avons en Alsace et en Lorraine le système de concession, dont nous avons déjà parlé.

La loi de 1903, actuellement en vigueur chez nous, est une très bonne loi, sauvegardant également les intérêts du publie et des pharmaciens ;

seulement elle ne s'étend qu'aux pharmacies créées depuis 1903, de sorte que le nombre de concessions personnelles est encore très petit.

Toute la règlementation française est basée sur la loi du 21 germinal de l'an XI qui en partie est aussi en vigueur en Alsace et en Lorraine, notamment en ce qui concerne la révision des pharmacies.

Cette dernière a été règlée en France par la loi du 6 août 1908. La révision relève des ministères de l'Agriculture et de l'instruction publique et n'est confiée qu'à des pharmaciens; chez nous elle relève de la direction de l'intérieur (hygiène) et est faite par le médecin d'arrondissement assisté d'un technicien (pharmacien).

Les prescriptions concernant la détention et la vente des médicaments présentent de même des grandes différences dans les deux systèmes dont l'analyse nous mènerait trop loin.

De même le codex allemand encore en vigueur ici diffère dans des points essentiels du codex français.

La législation concernant les substances vénéneuses se base sur la loi du 19 juillet 1845 et est complétée par le décret du 14 septembre 1916. A ce décret sont annexés trois tableaux classant les substances vénéneuses, et selon qu'elles sont classées dans l'un ou l'autre de ces tableaux, elles sont soumises à des régimes distincts en ce qui concerne l'importation, l'achat, la vente, la détention et l'emploi. Le commerce est subordonné à l'autorisation du maire de la commune.

La loi de 1845 a été modifiée et complétée par la loi du 12 juillet 1916 concernant l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses, notamment les stupéfiants, surtout au point de vue des sanctions, pour empê-

cher le trafic avec les stupéfiants qui a pris dans les dernières années une extension inquiétante.

Pour le commerce des sérums et produits semblables la loi du 25 avril 1895 exige une autorisation du Gouvernement au point de vue soit de la fabrication, soit de la provenance, rendue après avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France et de l'Académie de Médecine. Ces produits sont soumis à une inspection par une commission nommée par le ministre compétent. Ils seront délivrés au public par les pharmaciens sur ordonnance médicale.

A la base de la législation locale nous trouvons la même loi fondamentale de 1845, seulement les dispositions légales complémentaires et antérieures se trouvent être plus complètes que dans la législation française; la législation locale a rangé les sérums dans la liste des remèdes violents.

Service de désinfection.

Le service de désinfection est reglé par la loi de 1902 et par les règlements d'administration publique pris en exécution des dispositions de cette loi; c'est à dire par le décret du 7 mars 1903 portant règlement applicable aux conditions que doivent remplir les appareils destinés à la désinfection et par le décret du 10 juillet 1906 portant règlement sur les conditions d'organisation et de fonctionnement du service de désinfection.

Ce dernier distingue entre services municipaux et services départementaux. Dans les villes c'est le conseil municipal qui, après avis du directeur du bureau d'hygiène, décide la création d'un ou de plusieurs postes de désinfection. Tous les trois mois le maire transmet au préfet un rapport sur le fonctionnement du service.

Pour les communes le conseil général après avis du conseil départemental d'hygiène, décide la création de postes de désinfection.

Chaque circonscription sanitaire, d'après la loi de 1902, doit avoir à sa disposition un poste de désinfection. Tout le service de désinfection est placé sous l'autorité du préfet et sous le contrôle d'un membre du conseil départemental d'hygiène nommé par le préfet.

Dans chaque circonscription la direction des services est confiée à un délégué de la commission sanitaire, agréé par le préfet. Celui-ci surveille l'exécution immédiate et régulière des mesures de désinfection.

Chaque poste de désinfection est dirigé par un chef de poste assisté d'agents ou d'aides. Les chefs de poste et leurs agents doivent pratiquer eux mêmes les opérations de désinfection.

Le maire, dès qu'il a reçu la déclaration d'une des maladies mentionnées dans la liste du décret du 10 février 1903, est tenu d'avertir le chef de poste de la circonscription, dans laquelle se trouve le malade signalé.

Toutes les opérations de désinfection sont exécutées par le personnel du service de désinfection, 1èrement la désinfection en cours de maladie et 2èment en cas de transport, guérison ou décés la désinfection totale des locaux occupés par le malade.

La règlementation française, si elle est appliquée, représente un système très complet et est appelée à rendre de grands services dans la lutte contre les maladies contagieuses.

Le système local a le grand inconvénient de laisser les frais de désinfection à la charge des intéressés, c'est à dire des malades ou de leur famille. Et ce n'est qu'en cas d'indigence que les frais retombent à la commune ; si celle-ci ne peut suffire à les couvrir, l'Etat les supporte partiellement ou entièrement, en mesure des crédits disponibles.

Tout récemment (dans la session de septembre 1922) le Conseil général du Bas-Rhin a adopté une règlementation élaborée et présentée par le Directeur départemental du Bas-Rhin, tout à fait conforme aux prescriptions de la loi de 1902. Les principes de ce règlement sont les suivants: La désinfection en cours de maladie sera pratiquée par des agents spécialisés à raison d'un par arrondissement, placé sous la direction du médecin d'arrondissement et muni d'un moyen de transport rapide et des ingrédients nécessaires.

La désinfection terminale par étuve, lorsqu'elle aura été jugée nécessaire par le médecin d'arrondissement, sera pratiquée par un service centralisé à Strasbourg, placé sous la direction du directeur départemental d'hygiène.

Le personnel sera nommé et révoqué par le préfet sur la proposition du directeur départemental d'hygiène et sera astreint à suivre un cours d'instruction à l'Institut d'hygiène et de Bactériologie. Il ne pourra être titularisé qu'après avoir été en fonction un an au moins.»

Par cette règlementation les inconvénients du système local en vigueur jusqu'à présent, cités plus haut, sont évités puisque tous les frais sont à la charge du budget d'Etat.

Infirmiers et infirmières.

En France il n'existe pas de texte législatif concernant l'enseignement et la formation du personnel infirmier.

L'initiative privée a suppléé et différentes collectivités (Assistance publique, hôpitaux, etc.) ont créé des écoles destinées à assurer le recrutement et l'enseignement du personnel infirmier, dont elles avaient besoin. C'est ainsi qu'il existe une école créée par l'Assistance publique de Paris et d'autres encore dans les villes de province.

Nous avons fait mention plus haut de l'école d'infirmières de Strasbourg, fondée et entretenue par l'Association Alsacienne et Lorraine contre la tuberculose.

Il y a peut-être intérêt à faire suivre comme exemple un exposé détaillé du fontionnement de cette dernière école.

D'après ce règlement la durée des études est de deux ans et comprend: 1⁰ un cours de 1ère année d'études générales communes à toutes les élèves. 2⁰ un cours de 2ème année destiné aux élèves désirant se spécialiser comme infirmières professionnelles et 3⁰ un cours de 2ème année destiné aux élèves désirant se spécialiser comme visiteuse d'hygiène.

L'enseignement est placé sous la direction du comité directeur de l'école. Les cours théoriques sont donnés par des médecins spécialistes ; des cours de répétition avec exercices pratiques sont donnés par la directrice de l'école.

Des visites d'institutions sociales et d'oeuvres d'assistance auront lieu pendant la durée du cours qui seront précédées d'un exposé sur le mode de fonctionnement de ces institutions.

L'enseignement théorique du cours de 1ère année comprend des études d'anatomie et physiologie, des maladies contagieuses et de leur prophylaxie, sur la désinfection, sur les soins à donner aux malades et aux enfants, sur l'alimentation et sur les devoirs professionnels de l'infirmière.

Toute élève de 1ère année est soumise à la fin du cours à un examen oral et écrit en vue de son admission en 2ème année.

Le cours de 2ème année comprend un enseignement pratique et théorique. L'enseignement pratique s'étend pour les infirmières visiteuses d'hygiène sur: le dispensaire antituberculeux, les nourrissons, goutte de lait, la consultation de nou-

rissons avec visites à domicile; sur l'hygiène scolaire, le préventorium et l'inspection de logements insalubres; sur le sanatorium et la maternité.

Pour les infirmières garde-malades le cours comprend des exercices pratiques en gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie, dermatologie et dans la salle d'opération.

Dans l'enseignement théorique il est traité de l'hygiène générale, hygiène sociale, infantile, de la tuberculose de l'adulte et de l'enfant, des soins aux femmes en couches et aux nouveaux-nés, des maladies vénériennes, de législation sanitaire et sociale.

L'examen de fin d'études est passé devant un jury nommé par le Conseil de Faculté et présidé par un professeur de la Faculté de médecine.

Toute élève ayant passé avec succès cet examen obtient le diplôme d'infirmière de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Récemment il a été institué (décret du 17 juin 1923) des brevets de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière diplômée de l'Etat français, délivrés par le ministre de de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale après un stage suffisant et un examen subi avec succès devant un jury constitué par arrêté ministériel.

Depuis la promulgation de ce décret, le système français introduit dans nos trois départements remplace avantageusement le système en vigueur antérieurement; il est notamment demandé des candidates aux brevets des études bien plus approfondies et complètes.

Laboratoires.

On ne connaissait pas en France des laboratoires bactériologiques d'Etat comme ceux de Strasbourg et de Metz. Par contre il existe bien

des laboratoires annexés aux services d'hygiène départementaux qui ont le même but, c'est à dire de seconder les hygiénistes d'une façon efficace dans la lutte contre les maladies contagieuses et dans l'application de l'hygiène générale.

La création de laboratoires bactériologiques régionaux et relevant directement de l'administration sanitaire serait désirable dans l'intérêt de l'hygiène publique.

Hygiène des habitations.

Cette partie de l'hygiène publique est règlée par les dispositions des articles 11 à 18 de la loi du 15 février 1902.

Dans les villes toute construction nouvelle est impossible sans l'autorisation du maire qui n'est accordée que si les conditions d'hygiène publique sont observées.

Si une maison devient dangereuse pour les habitants ou les voisins la commission sanitaire doit se prononcer sur les travaux nécessaires et sur la possibilité d'interdire l'habitation. Lorsque l'insalubrité est provoquée par des causes extérieures et permanentes, la commune peut acquérir toute la propriété pour faire exécuter les travaux nécessaires.

La loi française est plus complète que le système local chez nous. Ce dernier n'a fait que maintenir une vieille loi française (13 avril 1850) qui en France a été remplacée par la loi de 1902 adaptée aux exigences modernes.

Eau potable.

Pour la règlementation de l'approvisionnement en eau potable la loi du 15 février 1902 est également fondamentale.

La loi prévoit dans ses articles 9 et 10 les mesures qui peuvent être prises pour assurer cet approvisionnement dans les communes dans les-

quelles pendant trois années consécutives le nombre des décès a dépassé le chiffre de la mortalité moyenne de la France. Le préfet doit à cet effet prendre l'avis du conseil départemental d'hygiène sur les travaux nécessaires.

Le procédé prévu par la loi de 1902 nous paraît trop compliqué et le texte même de la loi trop vague pour pouvoir assurer une application rigoureuse.

La législation allemande quoique un peu touffue et trop détaillée semble pourtant avoir été suivie de meilleurs résultats, surtout en ce qui concerne les puits qui représentent le moyen principal pour l'approvisionnement en eau potable des communes rurales.

La règlementation des eaux usées fait l'objet de l'article I de la loi de 1902 qui oblige toutes les communes à avoir un règlement sanitaire dans lequel doivent être comprises les précautions à prendre pour l'évacuation des matières usées.

Enfin il y a la circulaire du 1er juin 1906 dont l'article 12 déclare: qu'il est interdit de jeter, déverser ou laisser écouler, soit directement, soit indirectement, dans le lit des cours d'eau, les matières, résidus, liquides, 1. s'ils sont susceptibles d'occasionner des envasements, ou de gêner l'écoulement des eaux. 2. s'ils sont infects, nuisibles ou susceptibles de compromettre la salubrité publique. 3. s'ils sont susceptibles par leur température ou leur nature de rendre les eaux impropres à l'alimentation des hommes et des animaux, à leur emploi aux usages domestiques, à leur utilisation pour l'agriculture ou l'industrie, ou à la conservaton du poisson.

Eaux thermales.

La législation française, concernant les eaux thermales a été entièrement maintenue en Alsace

et en Lorraine après 1870; il y a donc uniformité de loi pour toute la France.

Cimetières.

Concernant l'hygiène du cimetière les lois françaises sont également res tées en vigueur pendant l'occupation allemande de nos trois départements.

Transports de corps.

L'hygiène des transports de corps est réglée par la circulaire du ministre de l'intérieur du 7 avril 1916 et le décret du Président de la République du 15 avril 1919.

Chaque transport est subordonné à un certificat médical, délivré soit par un médecin de l'Etat civil soit par le médecin traitant.

Pour les transports à une distance de plus de 200 km du lieu des décès, ou si le décés est dû aux maladies suivantes: charbon, choléra, lèpre, peste, variole, fièvre jaune, typhus exanthématique, fièvre typhoïde, coqueluche, rougeole, scarlatine, dysenterie bacillaire ou amibienne ou à toute autre maladie soumise à la déclaration obligatoire, ou, si le délai entre la mise en bière et l'inhumation doit dépasser 48 heures, les cercueils hermétiques sont obligatoires. C'est à dire le cercueil doit être en plomb et renfermé lui-même dans une bière en chêne.

Entre la législation française et la loi locale il y a la différence que cette dernière exige un cerceuil en métal déjà pour une distance de plus de 30 km, tandis que la loi française n'en demande que pour une distance de plus de 200 km.

D'autre part d'après la législation française c'est le préfet qui donne l'autorisation et dans nos trois départements c'est le sous-préfet.

L'avantage de la législation locale nous paraît consister surtout dans le contrôle de la mise

en bière des corps par les médecins hygiénistes (médecin d'arrondissement).

Moustiques.

La lutte contre les moustiques qui rentre dans l'hygiène urbaine n'a, telle quelle fonctionne actuellement en Alsace, pas d'équivalent jusqu'à présent dans les autres départements.

Hygiène alimentaire.

La législation française concernant l'hygiène alimentaire étant, depuis son introduction dans nos trois départements par l'arrêté du Commissaire Genéral, uniforme pour toute la France, a été analysée plus haut.

La réglementation en elle même est supérieure à l'ancienne allemande, mais la façon de prélever des échantillons nous paraît inutilement compliquée et de nature à rendre le procédé plus coûteux et de ce fait d'entraver l'application intégrale de la loi.

Ce qui paraît étrange c'est que cette législation ne relève pas du ministère d'hygiène mais du ministère de l'agriculture, il serait préférable et plus logique que cette partie importante de l'hygiène relevât également du ministère d'hygiène.

Cette observation peut d'ailleurs être étendue à bien des branches de l'hygiène qui se trouvent encore éparpillées dans les différents ministères n'ayant entre eux aucun rapport.

Hygiène des industries et du travail

Ainsi l'hygiène du travail et des industries dépend du ministère des travaux publics.

La loi la plus importante concernant l'hygiène de l'industrie est la loi du 26 novembre 1912 relative à la réglementation du travail et à l'hygiène et la sécurité des travailleurs.

D'après cette loi toutes les manufactures, fabriques. usines, chantiers et ateliers doivent être tenus dans un état constant de propreté et présenter les conditions d'hygiene et de salubrité nécessaires pour le personnel.

Notamment pour l'éclairage, l'aération, les eaux potables, les fosses d'aisance, l'évacuation des poussières et vapeurs des mesures efficaces de protection doivent être prises.

Les inspecteurs du travail sont chargés d'assurer l'exécution de ces différentes mesures. Ils constatent les infractions et doivent établir une statistique du conditions du travail industriel. Ils fournissent annuellement un rapport sur l'application des mesures prescrites.

Il est créé une commission supérieure composée de neuf membres, établie auprès du ministre des travaux. Elle est chargée de veiller à l'exécution des lois concernant l'hygiène des industries et de donner son avis sur les nouveaux règlements à faire.

En outre la loi prévoit la création dans chaque département de comités de patronnage ayant pour but la protection des apprentis employés dans l'industrie et le développement de leur instruction professionelle.

Le décret du 10 juillet 1923 concerne les mesures générales de protection et de salubrité dans tous leurs petits détails applicables à tous les établissements visés par l'article 65 du Code du Travail.

De nombreux autres décrets et lois concernant les différents détails de l'hygiène ouvrière sont de moindre importance et leur analyse dépasserait le cadre de cette étude.

Le décret du 10. VII. 1913 vient d'être introduit dans nos trois départements et remplace avantageusement le paragraphe 16 du code industriel.

Hygiène des hopitaux.

La loi du 7 avril 1851 a été maintenue après 1870 en Alsace et en Lorraine sauf toutefois les modifications apportées par la loi communale de 1895 dans la composition de la commission administrative.

En France chaque hôpital ou hospice a une commission administrative se composant du maire, de deux membres élus par le conseil municipal et de quatre membres élus par le préfet; la présidence appartient de droit au maire.

Cette commission a sous sa direction le service médical et hospitalier ; les médecins et pharmaciens sont nommés par la commission; ils doivent être appelés à émettre leur avis sur les grandes réparations ou les nouvelles constructions entreprises dans l'hôpital.

Les élèves internes et externes sont également nommés après concours par la commission administrative.

Les infirmiers et infirmières sont placés sous le contrôle de l'administrateur général.

L'hôpital reçoit tous les malades atteind est maladies aiguës ou chroniques et les blessés ; les femmes enceintes et les femmes en couches ; les malades présumés aliénés en observation et les aliénés de passage.

La législation française ne connait pas l'inspection des hôpitaux par des médecins hygiénistes qui est le grand avantange du système local.

Hygiène scolaire.

En 1879 le Conseil municipal de Paris a créé l'inspection médicale des écoles telle qu'elle existe.

La loi du 30 octobre 1886 sur l'enseignement prescrit l'inspection médicale, mais comme l'organisation de l'inspection a été laissée à l'ini-

tiative des municipalités, il n'y eut que dans quelques grandes villes de France une inspection médicale scolaire.

Nous nous bornerons à montrer dans ses grandes lignes le règlement de l'inspection médicale des écoles de la ville de Paris:

Toute école doit recevoir hebdomadairement une visite en cas d'épidémie, et si le médecin inspecteur le juge nécessaire les visites peuvent être plus nombreuses.

Le médecin inspecteur doit commencer par visiter les locaux (classes, lavabos, cabinets, etc.), ensuite il doit procéder à l'examen des enfants. Il note sur un régistre spécial le résultat de ses consultations. L'examen porte sur la constitution générale, les facultés sensorielles, la dentition, le cuir chevelu et les infirmités apparentes.

Chaque élève a une fiche sanitaire rigoureusement personnelle.

Chaque année le médecin-inspecteur doit procéder à la revaccination des élèves qui ont atteint leur onzième année.

Il dresse un rapport signalant les causes d'insalubrité, les résultats de ses examens et des revaccinations, les mesures spéciales comme la désinfection totale ou partielle des locaux, la fermeture de l'école, etc.

Les écoles privées doivent recevoir une visite trimestrielle; à la fin de l'année, le médecin-inspecteur doit également dresser un rapport général sur les écoles privées.

Il serait à désirer que l'Etat prenne en main la réglementation d'une question si importante pour la santé de l'enfance et de la jeunesse. Jusqu'à présent le corps législatif n'a pas encore donné suite aux désirs légitimes formulés par les hygiénistes.

Lutte contre les maladies contagieuses

La lutte contre les épidémies et les maladies contagieuses est réglée par la loi du 15 février 1902 qui a rendu obligatoire pour les médecins la déclaration des maladies suivantes: fièvre typhoide, typhus exanthématique, variole, scarlatine, rougeole, diphtérie, choléra et maladies cholériformes, peste, fièvre jaune, dysenterie, infection puerpérale et méningite cérébro-spinale ; tandis qu'elle a laissé cette déclaration facultative pour les maladies qui suivent: tuberculose pulmonaire, coqueluche, grippe, pneumonie et broncho - pneumonie, érisypèle, oreillons, lèpre, teigne, conjonctivite purulente.

Pour ces dernières maladies la désinfection aussi n'est pas obligatoire.

La déclaration est faite simultanément au maire et au préfet ou sous-préfet.

La législation française étend la déclaration à un plus grand nombre de maladies que la loi locale. Malheureusement l'application de la loi est souvent défectueuse, cela tient surtout à ce qu'un grand nombre de médecins, en invoquant le secret professionnel, se refusent à la déclaration.

En plus les sanctions font défaut comme pour la plupart des dispositions de la loi de 1902.

Mais cette loi a été renforcée par le décret du 14 août 1914 concernant les mesures exceptionnelles en vue de prévenir et combattre la propagation des maladies infectieuses, qui étend la déclaration obligatoire à tout chef de famille ou toute autre personne ayant connaissance d'un cas de maladie contagieuse.

Pour l'éxécution de ce décret chaque département est divisé en circonscriptions sanitaires, dont chacune est dirigée par un médecin délégué sous l'autorité du préfet ou du délégué départe-

mental, dont la créction est prévue à l'article 10 du décret. Le délégué apprécie dans chaque cas, s'il y a lieu à désinfection et si l'isolement s'impose et dans ce dernier cas, si l'isolement peut être assuré à domicile ou si l'hospitalisation est nécessaire.

Vaccination.

La vaccination et la revaccination ont été rendues obligatoires par l'article 6 de la loi du 15 février 1902.

Sous soumis à la première vaccination tous les enfants ayant plus de trois mois et moins d'un an et les enfants plus âgés chez qui la première vaccination n'a pas été suivie de succès.

A la première revaccination sont soumis les enfants entrés dans leur onzième année ; à la 2ème revaccination toutes les personnes au cours de leur 21ème année.

Le décret du 27 juillet 1903 fixe les modalités de l'exécution des dispositions de la loi.

Dans chaque commune les séances de vaccination gratuite sont annoncées pas voie d'affiches. Le médecin-vaccinateur doit inscrire sur des listes spéciales la date et le résultat des vaccinations.

A chaque vacciné est délivré un certificat individuel.

Ce décret institue également un service de vaccine à l'Académie de Médecine dans le but d'assurer la bonne préparation des vaccins et de surveiller les établissements vaccinaux. Ces derniers sont généralement des établissements privés.

Mentionnons encore la loi du 7 septembre 1915 d'après laquelle la vaccination et revaccination peuvent devenir obligatoires par décret pour toute personne quelque soit son âge, en cas de guerre, d'épidémie ou de menace d'épidémie, si elle ne peut justifier avoir été vaccinée avec succès depuis moins de cinq ans.

Le système local en raison de ses prescriptions détaillées pour l'établissement des listes et pour l'exécution et le contrôle de la vaccination nous semble donner des résultats plus complets que le système français ; du molns dans les rapports publiés annuellement par l'Académie de Médecine les trois départements du Bas-Rhin, Haut-Rhin et de la Moselle s'inscrivent en tête de tous les départements quant au nombre des vaccinations suivies de succès.

Fléaux sociaux.

Dans la lutte contre les grands fléaux sociaux nous avons uniformité de lois dans la France entière.

Toutes les lois françaises concernant la lutte contre la tuberculose, la puériculture, surveillance médicale des enfants placés, surveillance de l'allaitement, relèvement de la natalité, les lois relatives à la lutte contre les maladies vénériennes, ont été introduites dans nos trois départements ; nous en avons parlé plus haut.

Statistique sanitaire.

Le but de la statistique sanitaire est de faire périodiquement le relevé des décès dans toute les communes de France avec l'indication des causes et des maladies qui ont occasionné la mort, et d'en tirer toutes les déductions utiles au point de vue de l'hygiène sociale.

La statistique sanitaire a été établie en France en 1887. D'abord limitée aux villes de 1000 habitants, puis de 500, elle a été dès 1906 étendue à toutes les communes du territoire.

Le fonctionnement de cette statistique repose sur la déclaration faite à l'état-civil au moment du décès. On inscrit sur une fiche spéciale le nom de la maladie à laquelle la mort doit être attribuée ou la cause daccientelle qui l'a déter-

minée. Ces fiches sont envoyées tous les trois ou six mois (suivant l'importance de la localité !) soit à la préfecture soit au ministère.

Le service de la constatation des décès (les établissements hopitaliers exceptés) est assuré par des médecins de l'état-civil, dans certaines communes par le médecin-traitant, d'autres communes n'exigent pas de certificat du tout.

Dans nos trois départements la constatation des décès était obligatoire et confiée à des médecins attitrés ; à la campagne c'étaient les médecins traitants qui délivraient les certificats. Pendant la guerre la constatation par des médecins attitrés a été supprimée dans les villes aussi et remplacée par le certificat des médecins traitants.

Il serait désirable, dans l'intérêt des statistiques officielles, que la constatation des décès, faite par des médecins de l'état civil, devienne obligatoire non seulement pour les villes, mais aussi pour les campagnes.

Projet de révision de la loi de 1902.

Nous avons indiqué plus haut qu'à la base de la législation de l'hygiène en France se trouve la loi du 15 février 1902.

Cette loi est loin de donner satisfaction à toutes les exigences de l'hygiène moderne. Depuis sa promulgation elle a été sujette à des critiques nombreuses et méritées et sa refonte a été envisagée depuis nombre d'années. Un projet de revision de la loi a été élaboré par le Conseil supérieur d'hygiène de France et par l'Académie de Médecine.

Nous empruntons à l'un de nos plus éminents hygiénistes, le professeur Léon Bernard, titulaire de la chaire de l'hygiène de l'Université de Paris, la critique suivante de la loi de 1902 et son analyse du projet en question.

«Tout le monde parle d'hygiène, le grand public qui s'en était tant moqué semble en raffoler; le pouvoir lui-même prétend s'en préoccuper; à son culte un ministre est spécialement consacré. Et cependant nous pouvons bien affirmer que l'hygiène ne triomphe pas plus aujourd'hui qu'hier dans notre pays si retardataire sur les autres à cet égard. Mais l'application de l'hygiène se réduit à une question d'argent. Tant que la Chambre et le Sénat ne voudront pas sincèrement comprendre que les dépenses afférentes à la santé publique représentent en réalité des économies, on ne fera jamais d'hygiène; et notre pays continuera à voir sa natalité plus basse et sa mortalité plus élevée que celles des autres Etats civilisés.

Comment vivra la France lorsque l'insalubrité de ses habitations, de ses villes, lorsque la propagation non combattue des maladies transmissibles, lorsque la tuberculose, la syphilis, la mortalité infantile l'auront progressivement vidée de ses habitants? Or ce problème se résout par une question d'argent; il n'y a plus de divergence de doctrine. L'Académie de Médecine comme le conseil supérieur d'hygiène publique de France ont adopté les mêmes conclusions qui se résument dans la réorganisation de l'enseigement de l'hygiène d'une part, la réorganisation des services publics d'hygiène d'autre part. Le premier de ces désirs vise, non seulement à diffuser la pratique de l'hygiène à travers les masses de la population, mais aussi à former un personel de spécialistes qualifiés qui seront chargés d'assurer les services publics d'hygiène. A cet effet il convient de créer des établissements dotés du personnel, de l'outillage et des crédits nécessaires à un enseignement aussi complexe que celui de l'hygiène. Quant à la réorganisation des services

d'hygiène elle est entièrement subordonnée à la révision de la loi de 1902. Il n'est personne qui ne reconnaisse ques es imperfections et ses lacunes appelient de profondes modifications, qui n'avoue qu'elle est restée inappliquée presque partout. Mais nous croyons le principe même de la loi mauvais et responsable de l'état rétrograde et dèfaillant de l'hygiène publique en France, puisque vingt années d'exercice de la loi n'ont pas suffi à amender cette situation. Aussi estimons-nous nécessaire non pas de réformer la loi, mais de la supplanter et de poursuivre l'instauration d'un régime nouveau capable d'élever enfin la France au point de vue de son organisation sanitaire au niveau d'autres nations civilisées. C'est pourquoi les deux plus hautes Assemblées ayant en France la charge des affaires d'hygiène se sont ralliées après de longues discussions au principe de l'adoption d'une loi nouvelle fondée sur des directives différentes. La première directive consiste dans l'émancipation des services d'hygiéne des autorités municipales et départementales ; ces services doivent relever de l'Etat, de l'autorité du ministre de l'hygiène ; en outre le caractère obligatoire est imposé à l'institution de ces services en place du caractère facultatif laissé par la loi de 1902. Cela ne veut pas dire que ce personnel spécialisé vivra étranger à l'administration générale, ignorant maires et préfets ; mais il faut créer une organisation de caractère obligatoire et uuiforme des services d'hygiène, garantie par un personnel de médecins spécialisés relevant de l'autorité directe du ministre dè l'hygiène. Le projet de révision comporte une répartition nouvelle, celle des circonscriptions sanitaires, surveillées par un médecin sanitaire et groupées en régions sanitaires Il faut que les hygiénistes pénètrent dans l'intimité même de la population, entrant en contact étroit avec elle afin

d'exercer sur elle une réelle autorité morale; pour cela le département est trop vaste; nous avons proposé des circonscriptions sanitaires taillées différemment suivant la densité de la population, sa morbidité, les moyens de communication, etc. . D'autre part pour coordonner les informations et les mesures à prendre pour régler, diriger et contrôler le travail d'ensemble il faut rassembler un certain nombre de circonscriptions en unités supérieures de groupement, pour cela le département est trop exigu, nous avons proposé la région.

Le projet de loi stipule des dispositions nouvelles en ce qui concerne la déclaration des maladies transmissibles, dont l'obligation incombe aux chefs de famille, les revaccinations antivarioliques répétées obligatoirement trois fois au cours de la vie, les autres mesures destinées à combattre les maladies contagieuses, enfin les mesures rigoureuses de protection des eaux potables. Par contre dans le texte projeté, aucun article ne figure concernant les mesures à prendre vis à vis des maladies sociales, tuberculose, syphilis, cancer, alcoolisme, non plus que vis à vis du contrôle et de la vente des denrées alimentaires, viande, lait ou d'autres questions de cet ordre. Ce n'est pas là oubli ou négligence. Ces problèmes médico-sociaux se réclament de mesures très spéciales et nécessitent des textes légaux qui leur soient propres.

En rèsumé il ne se rencontrerait personne parmi nous qui voudrait soutenir que l'hygiène est cultivée et pratiquée dans notre pays, que l'administration sanitaire y est assurée par un personnel et un outillage suffisants. A cet égard l'expérience a démontré que l'on ne peut compter sur le bon vouloir des municipalités et des départements; la volonté exécutoire de l'Etat, détermi-

née par la loi, est nécessaire, ainsi que le contrôle et la direction de l'Etat. Toutefois il ne peut se faire d'hygiène publique sans un personnel technique compétent et devoué. Dans toutes les nations policées, ce personnel existe : imitons l'exemple de la Grande Bretagne et des Etats Unis, pour ne citer que ces deux grands pays qui s'étonnent à bon droit dè voir l'hygiène si délaissée dans la patrie de Pasteur."

Voyons maintenant le projet en question ; voilà ses grandes lignes.

Le protection de la santé publique incombe au ministre d'hygiène qui est assisté du conseil supérieur d'hygiène publique de France et d'un comité technique permanent (se composant de 6 membres, nommé par le ministre sur la proposition du conseil sup. et chargé d'étudier et de rédiger les projets de lois).

Le territoire de la France est divisé en circonscriptions sanitaires, ces circonscriptions sont groupées en régions sanitaires. Chaque circonscription est placée sous la direction d'un médecin sanitaire de circonscription, soumis au contrôle d'un médecin inspecteur régional et d'une commission sanitaire de circonscription. Chaque région sanitaire est placée sous le contrôle d'un médecin inspecteur régional.

Les médecins sanitaires et les inspecteurs régionaux sont obligatoirement choisis parmi les docteurs en médecine français pourvus du diplôme d'Etat et ayant excreé la profession médicale pendant cinq années.

Il sont nommés et révoqués par le ministre.

Les médecins sanitaires sont chargés d'assurer l'exécution des lois, décrets et règlements relatifs à la santé publique (lutte contre maladies contagieuses, vaccination, lutte contre tuberculose et maladies vénériennes, puériculture et protection

de l'enfance, inspection médicale des hôpitaux, écoles, surveillance des pharmaciens et sages-femmes, protection de l'eau potable et des eaux minérales).

Il sont assistés d'une commission sanitaire de circonscription.

Les inspecteurs régionaux dirigent, coordonnent et contrôlent l'action des médecins sanitaires. Ils sont assistés d'un conseil sanitaire régional.

Le conseil sup. d'hygiène publique est maintenu dans son organisation et ses attributions. De même les bureaux d'hygiène qui seront dirigés par les médecins hygiénistes placés sous le contrôle des inspecteurs régionaux.

En général le projet tend à dégager la responsabilité en matière d'hygiène des maires et des préfets et à créer les services d'hygiène plus indépendants, relevant du ministre d'hygiène.

Tout récemment le projet de révision dont nous venons de parler a été déposé à la Chambre des Députés par le ministre d'hygiène. Toutefois le projet déposé n'envisage pas toutes les réformes jugées nécessaires par les hygiénistes et que nous avons indiquées. On a trouvé préférable de procéder par étapes. Le projet déposé rend obligatoire les services d'hygiène départementaux et modifie en ce sens toute une série d'articles de la loi de 1902.

CONCLUSION :

I. *la législation locale règle les différentes parties de l'hygiène par une multitude de lois, décrets et ordonnances et par là même elle règle les diverses questions dans tous leur détails, mais souvent elle est trop complexe et confuse et l'interprétation malaisée. Et les grands problèmes de l'hygiène sociale sont même complètement négligés. Toutefois l'organisation des services d'hygiène avec ses cadres d'hygiénistes présente un réel avantage.*

II. *la législation française est presque uniquement contenue dans la loi de 1902. Elle est donc plus claire, mais trop souvent, très incomplète et pour certaines parties fait même défaut. Surtout au point de vue du personnel des hygiénistes la loi est très défectueuse. Par contre nous avons une série de lois concernant la lutte contre la tuberculose, les maladies vénériennes et la mortalité infantile qui sont toutes excellentes.*

III. *Il est incontestable que si la loi de 1902 est refaite et complétée sur la base des projets élaborés, avec un cadre d'hygiénistes capables, elle sera certainement supérieure à la législation complexe et confuse que nous avons actuellement aussi bien dans nos trois départements que dans le reste de la France.*

BIBLIOGRAPHIE.

E. Arbinet: Assistance, Prévoyance et Hygiène sociale en Alsace et Lorraine; législation le 31 juillet 1914 *Revue d'hygiène sociale de Strasbourg*. 1919. No. 7. 1920. No. 2, No. 5, No. 6, No. 7.

Archiv für öffentliche Gesundheitspflege in Elsass-Lothringen (volume IX XVIII).

Belin: Lutte contre la tuberculose à Strasbourg. *Revue d'hygiène sociale de Strasbourg*, octobre 1920, p. 329—336.

Biedert-Veigand: Medizinal-Wesen in Elsass-Lothringen.

Bezault: Législation de l'hygiène publique en France.

Brouardel-Chantemesse-Mosny: Traité d'hygiène: Volumes:

II. Sol et eau.
VII. Hygiène industrielle.
VIII. Hygiène hospitalière.
IX. égouts, cimetières.
XIII. Hygiène rurale.

Code du Travail et de la Prévoyance sociale.

Courmont: Précis d'hygiène.

Debré: Lutte contre la fièvre typhoïde en Alsace et en Lorraine. *Revue d'hygiène*, 1919 p. 678 - 790.

Dritschke: Reinhaltung der Wasserläufe von sanitätspolizeilichen und verwaltungsrechtlichen Standpunkt.

Gesetzblatt für Elsass-Lothringen (1900—1914).

Holtzmann: Législation d'hygiène sociale en Alsace et en Lorraine (*Vie sociale*, novembre 1921 p. 148—149 et *Revue d'hygiène sociale*, décembre 1921 p. 31—32.

Jahrbuch der Medizinal-Verwaltung von Elsass-Lothringen (1895—1911).

Kuhn : Das Schulgebäude und seine Einrichtung in Frankreich und in Elsass-Lothringen.

Kuhn : Die Hygiene des Unterrichts in Frankreich und in Elsass-Lothringen.

Martin : Précis de Déontologie.

Mosser : Le service sanitaire en Alsace et en Lorraine (*Revue d'hygiène,* novembre 1920). *Organisation politique,* administrative et législative de l'Alsace-Lorraine (Ministère de la guerre).

Ribadeau-Dumas : Déontologie et jurisprudence médicolégale.

Paeard : Etude sur la statistique sanitaire de la France.

Pautrier : Organisation de la prophylaxie antivénérienne (*Revue d'hygiène sociale,* mai 1920).

Renault : Sur le projet de révision de la loi de 1902 (*Revue d'hygiène,* avril 1921).

Rohmer : L'association alsacienne et lorraine de Puériculture (*Revue d'hygiène sociale,* mars 1921. p. 126--130).

Schmutz : Organisation de l'hygiène et protection de la santé publique en Alsace et en Lorraine (*Revue d'hygiène sociale,* mars 1921 p. 92—95). Projet de réorganisation du service de désinfection. Rapport au conseil général et au conseil d'hygiène du Bas-Rhin.

Vaucher : Organisation et fonctionnement des services d'hygiène en Alsace et en Lorraine. *Bulletin du comité national de défense contre la tuberculose,* janvier 1920, p. 14 – 19).

— Organisation de la propagande antituberculeuse en Alsace et en Lorraine (*Vie sociale* janvier 1922).

Prof. *Léon Bernard* : Sur le projet de révision de la loi de 1902 (*Revue d'hygiène,* janvier 1921).

Vu : le Doyen :
WEISS

Vue : le Président :
BORREL